

Sequoia Union High School District

FORMULARIO DE AUTORIZACION A SUMISTRO DE MEDICAMENTOS

(Un formulario por cada medicamento)

Estimados padres/encargados:

El Código de Educación de California 49423 exige que todo estudiante que tenga que tomar algún medicamento, con o sin prescripción médica, durante horas de clase PUEDE ser asistido por el personal de la escuela SOLAMENTE si el distrito escolar recibe por escrito una declaración de parte del proveedor de cuidado de la salud Y de los padres o encargados del estudiante. Por favor complete todo el formulario y entréguelo de regreso a la enfermera de la escuela.

DE SER POSIBLE PLANEE EL HORARIO DE LOS MEDICAMENTOS EN HORAS FUERA DE LA ESCUELA

===== SECCION PARA EL PROVEEDOR DE CUIDADO DE LA SALUD =====
 POR FAVOR ESCRIBA EN LETRA DE MOLDE

Nombre del estudiante: Apellido, Nombre(s)		Fecha de nacimiento (mes,día,año)
Razón médica por la cual se ha prescrito el medicamento		Medicamento, Dosis, Frecuencia, Duración
¿Forma de administración? Oral Inhalador Inyección Otra:		¿Hora a la que debe administrarse el medicamento en la escuela? ----- AM/PM
Este medicamento deberá ser continuado según especificado arriba hasta: (por favor sea específico acerca de la fecha)		¿Alguna precaución que el personal de la escuela necesita tomar? ¿Contraindicaciones?
¿Cuales son las posibles reacciones o efectos secundarios?		¿Que deberá hacerse en el caso de una reacción/efecto secundario?
Marque uno a continuación: Yo autorizo a este estudiante a que se administre el medicamento por sí mismo. Yo autorizo al personal designado por la escuela a que administre el medicamento arriba nombrado		
Nombre y dirección del Proveedor de Cuidado Médico en letra de molde o sello		Firma del Proveedor de Cuidado Médico

Nombre del estudiante: Apellido, Nombre(s)		Fecha de nacimiento (mes,día,año)
Nombre del padre/encargado: Apellido/Primer nombre		Idioma en el hogar #Tel. de los padres en el día
Dirección: Calle, Número de apartamento Ciudad/Código Postal		#Tel. de los padres por la noche
Escuela:	Horas de clases:	
Marque uno a continuación: Yo autorizo a este estudiante a que se administre el medicamento por sí mismo. Yo autorizo al personal designado por la escuela a que administre el medicamento arriba nombrado		

- Yo estoy de acuerdo en librar de toda responsabilidad al Distrito Escolar y sus empleados por los resultados que tomar este medicamento podría tener o la manera en que éste es administrado.
- Yo retribuiré al Distrito Escolar y sus empleados por cualquier responsabilidad que resulte como consecuencia de estos arreglos.
- Yo notificaré inmediatamente a la enfermera de la escuela si hay algún cambio en el horario del medicamento, o si el encargado de proporcionar cuidado de salud que prescribió dicho medicamento ya no esta a cargo de mi hijo/hija.
- Yo entiendo que es mi responsabilidad enviar el medicamento a la escuela en el envase original de la farmacia membretado con el nombre de mi hijo/hija e instrucciones del proveedor de cuidado a la salud.
- Yo entiendo que esta solicitud expira automáticamente al final de cada año escolar.

Firma de los padres/encargados	Fecha
--------------------------------	-------