

SOUTH BAY UNION SCHOOL DISTRICT  
AUTORIZACION PARA MEDICAMENTOS EN LA ESCUELA  
(Calif. Ed. Code 49423)

Nombre del niño \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento \_\_\_\_\_

Escuela \_\_\_\_\_ Maestro(a) \_\_\_\_\_ Carril \_\_\_\_\_ Grado \_\_\_\_\_

Estimados Padres:

Para proteger a su niño así como a otros niños en la escuela, se permiten medicamentos sólo con órdenes escritas de un proveedor de salud con licencia de California que haya prescrito los medicamentos y permiso firmado por usted. Un permiso debe llenarse cada año.

Por favor haga que su proveedor de salud complete la forma en el reverso. Regrese esta forma con su firma y el medicamento de su hijo a la oficina de la escuela. Todos los medicamentos serán guardados en la oficina de la escuela.

**PARA COMPLETAR POR EL PADRE**

Entiendo que este es un servicio que el distrito escolar no requiere legalmente efectuar.

Estoy de acuerdo en mantener al distrito escolar, sus oficiales o empleados ajenos a toda responsabilidad, demanda o reclamación de cualquier naturaleza o clase que pudiera surgir de estas disposiciones.

Solicito al director de la escuela o la persona designada, que administre el medicamento como lo solicita el proveedor de salud en este formulario. Estoy de acuerdo en que mi niño no tenga ningún medicamento en su posesión mientras esté en la escuela. Mi niño será responsable de venir a la oficina por su medicina a la hora prescrita. El medicamento que será proporcionado por mí, se mandará en un envase apropiado con el nombre completo del niño, nombre del medicamento, dosis, número de dosis mandadas, nombre del proveedor de salud y el nombre de la farmacia donde se obtuvo la medicina. Si la escuela tiene alguna pregunta acerca del medicamento o de su administración, pueden llamarme durante horas de clases al \_\_\_\_\_ y mi proveedor de salud \_\_\_\_\_ al

\_\_\_\_\_ al  
teléfono \_\_\_\_\_ nombre

\_\_\_\_\_  
**PADRE/TUTOR**

\_\_\_\_\_  
**FECHA**

**PARA ESTUDIANTES CON ASMA**

MI HIJO SERA RESPONSABLE DE TRAER CONSIGO SU INHALADOR RESPIRATORIO CON LA AUTORIZACION DEL DOCTOR Y SE LO ADMINISTRARA EL MISMO. MI HIJO ESTA DE ACUERDO EN SEGUIR LOS PROCEDIMIENTOS DEL DISTRITO CONCERNIENTES AL MANEJO Y ADMINISTRACION DE SU MEDICAMENTO.

\_\_\_\_\_  
**PADRE/TUTOR**

\_\_\_\_\_  
**FECHA**

STUDENT'S NAME \_\_\_\_\_

BIRTHDATE \_\_\_\_\_

**TO BE COMPLETED BY A CALIFORNIA LICENSED HEALTH CARE PROVIDER**

a) Nature of condition requiring medication at school \_\_\_\_\_

b) Name of <u>Medication</u>	*Method of <u>Administration</u>	<u>Dosage</u>	Approximate Time of Day	Date to be <u>Discontinued</u>
_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____

c) If medication is prescribed PRN (AS NEEDED) please describe conditions under which medication should be used, how often can it be repeated, etc.

\_\_\_\_\_

d) What adverse reactions should we watch for? \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

e) If adverse reaction occurs, please indicate what emergency action you recommend.  
**IMPORTANT TO NOTE** The school nurse may not be on site and most school staff are not medically trained.

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

\*Only a licensed school nurse or any employee willing to assume this responsibility and who has had some training or experience, may administer medication by injection at school under the following conditions:

- 1) A valid emergency must exist.
- 2) The medication, equipment and authorization for administration be provided by the parent and licensed health care provider.

**f) FOR INHALED MEDICATIONS**

I have instructed \_\_\_\_\_ in the proper way to use his/her medications. It is my professional opinion that he/she should be allowed to carry and use that medication by him/herself.

It is my professional opinion that \_\_\_\_\_ should not carry his/her inhaled medication by him/herself.

**g) CALIFORNIA LICENSED HEALTH CARE PROVIDER'S SIGNATURE** \_\_\_\_\_

Telephone Number \_\_\_\_\_ Address \_\_\_\_\_

Date \_\_\_\_\_ Fax # \_\_\_\_\_