

**Distrito de Escuelas Unidas de Campbell**  
**Autorización e Instrucciones Para Administrar Medicamentos**

Estimados padres de familia/tutores:

Antes de que su hijo pueda recibir ayuda para tomar medicamentos durante el horario escolar, es necesario tener órdenes escritas específicas de su médico y la autorización por escrito de usted. La escuela DEBE SER notificada inmediatamente de cualquier cambio de medicamento en la escuela. Además, le pedimos que nos notifiquen de cualquier cambio en la medicación tomada en el hogar que puede afectar el comportamiento de su hijo en la escuela. Los medicamentos deben estar en su envase con una etiqueta de la farmacia con el nombre del estudiante claramente visible. El permiso debe ser renovado cada año escolar. Medicamentos sin receta del médico sólo se dará si es prescrito por un médico o dentista. (Código de Educación de California Sección 49423 y 49423.1)

Nombre del estudiante: \_\_\_\_\_ Domicilio: \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento \_\_\_\_\_ Escuela \_\_\_\_\_ Programa (Sí es aplicable) \_\_\_\_\_

*Que sea completado por el médico*

El estudiante arriba mencionado se encuentra actualmente bajo mi cuidado y recibiendo medicamento (s) para la siguiente condicione (s):

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

Medicamentos que se necesitan administrar durante el horario escolar:

1. Medicamento: \_\_\_\_\_ Dosis: \_\_\_\_\_ Cantidad \_\_\_\_\_ Hora: \_\_\_\_\_

Aplicación: \_\_\_\_\_

Reacciones adversas observables que puedan ser vistas en la escuela:

\_\_\_\_\_

Medicamento continuará por:  Días  Meses  Hasta: \_\_\_\_\_

2. Medicamento: \_\_\_\_\_ Dosis: \_\_\_\_\_ Cantidad \_\_\_\_\_ Hora: \_\_\_\_\_

Aplicación: \_\_\_\_\_

Reacciones adversas observables que puedan ser vistas en la escuela:

\_\_\_\_\_

Medicamento continuará por:  Días  Meses  Hasta: \_\_\_\_\_

La escuela se reserva el derecho a comunicarse con el médico con respecto a la aclaración, si usted no está disponible.

NOTA A LOS PADRES: Es su responsabilidad de proveer el medicamento necesario en un recipiente individual con la etiqueta y la receta determinada.

FIRMAS DE AUTORIZACIÓN: LA AUTORIZACIÓN PARA ADMINISTRAR EL MEDICAMENTO MENCIONADO ARRIBA POR LA PRESENTE SE NOTIFICA AL PERSONAL DE INSTRUCCIÓN EN: \_\_\_\_\_

Firma del médico \_\_\_\_\_ Teléfono \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

Firma de padres/tutor \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

**Distrito de Escuelas Unidas de Campbell**

Autorización para que el estudiante cargue y auto administre medicamentos en la escuela

Que sea completado por el médico

Fecha: \_\_\_\_\_

Yo certifico que \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento \_\_\_\_\_

(Nombre del estudiante)

debe llevar \_\_\_\_\_ con él/ella todo el tiempo

(Nombre de medicamento)

en la escuela debido a \_\_\_\_\_

(Nombre de la enfermedad)

Medisamento: \_\_\_\_\_ Dosis: \_\_\_\_\_

Route: \_\_\_\_\_ Hora: \_\_\_\_\_

Está condición (enfermedad) es tal que no hay tiempo suficiente para que el estudiante vaya a la oficina para obtener el medicamento. He dado instrucciones al estudiante para la administración correcta de este medicamento y he certificado que no necesita supervisión de un adulto. Además he informado al alumno en los peligros de administrar el medicamento a nadie más que a sí mismo / misma. He discutido los riesgos e impedimentos indicados anteriormente con los padres.

Entiendo que la enfermera de la escuela u otro personal escolar designado puede ponerse en contacto con mi oficina si tiene preguntas sobre el medicamento. Si un padre / tutor de crianza / alumno ha dado su consentimiento para hacerlo, mi personal o yo discutiremos problemas de medicamentos con dicho personal. Esta declaración es válida únicamente para este año escolar o hasta que sea necesaria una nueva declaración para otro año escolar debido a un cambio en la medicación, la dosis, la frecuencia de la administración o el motivo de la administración.

\_\_\_\_\_  
Firma del médico

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Nombre del médico

\_\_\_\_\_  
Teléfono

---

Que sea completado por los padres/tutor

Yo permito que mi hijo lleve el medicamento mencionado arriba aprobada por el / la médico. He instruido a mi hijo totalmente en la administración de este medicamento y certifico que él / ella no necesita supervisión de un adulto. Acepto la responsabilidad por el uso apropiado de este medicamento por mi hijo. Soy consciente de los riesgos para mi hijo y los otros niños y asumo la responsabilidad de cualquier impedimento relacionada con el mal uso de este medicamento a mi niño o por otros niños.

\_\_\_\_\_  
Firma del padre/tutor

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Teléfono

\_\_\_\_\_  
Teléfono del trabajo