



Estudiante: _____ FDN: _____

Padres: _____ Telefono: _____

Los códigos de educación de California 49423 y 49480 permiten la administración de medicamento(s) por el personal escolar designado. Los medicamentos se deben proveer en el envase original etiquetado con el nombre del estudiante, nombre de la medicina, dosis/fuerza, fecha de vencimiento, e instrucción de administración específicas.

Autorización de Padres/Guardián

Como padre/guardián del estudiante mencionado arriba, solicito que el personal escolar designado ayude en la administración de los medicamentos prescritos por el médico. Entiendo que es mi responsabilidad traer todos los medicamentos a salvo a la escuela y estoy de acuerdo en rellenar o reemplazar el medicamento según sea necesario. Notificaré inmediatamente a la escuela si hay cambios en el nombre, la dosis, la ruta o el tiempo de administración del medicamento. Entiendo que el medicamento se almacenará en un área segura a menos que el médico indique a continuación que mi hijo es capaz de portar y auto-administrarlo. Doy el consentimiento para que el médico y el personal designado de la escuela se comuniquen directamente con respecto a la administración del medicamento.

Firma de Padres: _____ Fecha: _____

Declaración del Estudiante (sólo si está autorizado a auto-administrar el medicamento):
Entiendo que se me permite llevar y auto-administrar sólo los medicamentos enumerados. Estoy de acuerdo en usar el medicamento según las instrucciones de mi médico y no compartirlo con otras personas. Entiendo que si comparto el medicamento con otros, seré responsable de mis acciones y que enfrentaré una acción disciplinaria.

Firma del Estudiante: _____ Fecha: _____

Autorización del Médico

Diagnóstico/Razón del Medicamento: _____

Reacciones Adversas: _____

Nombre del Medicamento	Forma: pastilla, crema, inhalador, etc.	Dosis/ Numero a tomar	Horario o como sea necesario	Como sea necesario: Razon:	Ponga sus iniciales si es aceptable que el estudiante lleve y auto-administre el medicamento

Firma Del Doctor: _____ Fecha: _____

Fecha de discontinuación (un año, a no ser que se especifique) _____

Estampa de Clinica:

