

AUTORIZACIÓN PARA TODO MEDICAMENTO TOMADO DURANTE HORAS ESCOLARES, ACTIVIDADES ESCOLARES, Y XCURSIONES

Este formulario debe completarse al menos una vez al año y con mayor frecuencia si la receta cambia de alguna manera o como indicado en el Programa Educativo Individualizado (IEP por sus siglas en inglés) o en la Sección de la Ley de rehabilitación Plan 504.

PADRE O TUTOR LEGAL

1. Sección de padre o tutor legal

AVISO: Todos los medicamentos deben ser recetados, **incluso los medicamentos a venta libre**. Los medicamentos deben estar en su recipiente/frasco original y la etiqueta debe llevar el nombre del niño, el nombre del medicamento, la dosis, la forma de administración, el horario de tomar la medicina y el nombre del médico u otro proveedor de atención médica autorizado (LHCP por sus siglas en inglés). Por favor, consulte las Referencias legales que rigen la administración de medicamentos en las escuelas en el reverso de este formulario.

Solicito que el personal escolar designado, sin licencia y capacitado, o la enfermera con licencia, ayuden a mi hijo a tomar esta(s) medicación(es) recetada(s) (incluyendo la medicación recetada de venta libre). Entiendo que mi hijo no puede ser asistido con la medicación en la escuela hasta que se cumplan todos los requisitos. Por la presente doy mi consentimiento para que la enfermera de la escuela se comunique con el médico prescriptor de mi hijo y/o con el farmacéutico y para que asesore al personal de la escuela según sea necesario con respecto a la salud de mi hijo. Estoy de acuerdo en cumplir con las políticas y regulaciones de la agencia educativa local relacionadas con la administración de medicamentos en la escuela.

Nombre del niño _____ Fecha de nacimiento _____ Núm. de Identificación _____
Nombre de la Escuela _____ Grado _____ Maestro / No. de Salón de Clase _____

Apunte todos los medicamentos que se tomen con regularidad fuera de las horas escolares: _____
Avisaré a la escuela inmediatamente si hay cambios de cualquier tipo en los medicamentos que mi hijo toma en la escuela.

- Si lo ordena un LHCP, doy mi consentimiento para que mi hijo se auto administre medicamentos de emergencia en la escuela. Estoy de acuerdo y por la presente libero y eximo de responsabilidad a la agencia educativa local y a su consejo directivo, funcionarios, agentes, empleados y voluntarios por cualquier reclamo, demanda, causa de acción, responsabilidad o pérdida de cualquier tipo, debido a la autoadministración de los medicamentos o que surja de ella

Firma del Padre o Tutor Legal _____ Fecha _____ Teléfono principal _____ Teléfono alternativo _____

PROVEEDOR DE SERVICIOS DE SALUD LICENCIADO

2. Sección de proveedores de servicios de salud autorizados

El niño nombrado arriba está bajo mi cuidado por estos diagnósticos: _____
Es necesario que el niño reciba los siguientes medicamentos recetados durante el horario escolar.

Nombre of medicamento _____ Dosis (sea específico, p.ej. miligramos, etc.) _____
Hora de administración _____ Frecuencia e indicación si es "según necesidad" _____
Método de administración _____ Duración _____
Precauciones o efectos secundarios _____
Almacenamiento y manipulación
 Manejo rutinario, el medicamento se almacena bajo llave y es administrado por personal escolar autorizado
 Suministro de 72 horas en caso de catástrofe
 Es una *Necesidad médica* que el niño lleve una receta para el asma, anafilaxia o la diabetes, e indicar:
 Personal escolar designado para administrar
 El niño está capacitado para auto administrarse

Nombre of medicamento _____ Dosis (sea específico, p.ej. miligramos, etc.) _____
Hora de administración _____ Frecuencia e indicación si es "según necesidad" _____
Método de administración _____ Duración _____
Precauciones o efectos secundarios _____
Almacenamiento y manipulación
 Manejo rutinario, el medicamento se almacena bajo llave y es administrado por personal escolar autorizado
 Suministro de 72 horas en caso de catástrofe solo en la escuela
 Es una *Necesidad médica* que el niño lleve una receta para el asma, anafilaxia o la diabetes, e indicar:
 Personal escolar designado para administrar
 El niño está capacitado para auto administrarse

Nombre of medicamento _____ Dosis (sea específico, p.ej. miligramos, etc.) _____
Hora de administración _____ Frecuencia e indicación si es "según necesidad" _____
Método de administración _____ Duración _____
Precauciones o efectos secundarios _____
Almacenamiento y manipulación
 Manejo rutinario, el medicamento se almacena bajo llave y es administrado por personal escolar autorizado
 Suministro de 72 horas en caso de catástrofe solo en la escuela
 Es una *Necesidad médica* que el niño lleve una receta para el asma, anafilaxia o la diabetes, e indicar:
 Personal escolar designado para administrar
 El niño está capacitado para auto administrarse

Firma del LHCP o médico supervisor _____ Fecha _____
Nombre del LHCP (imprimir) _____ Número de licencia _____ N° de teléfono de la oficina _____

Sello LHCP
nombre/dirección abajo:

LEGAL REFERENCES GOVERNING THE ADMINISTRATION OF MEDICATION IN SCHOOLS

California *Business and Professions Code.*

Health Care Providers licensed to prescribe medication include:

- Section 2051, California licensed physicians and surgeons
- Section 1625, California licensed dentists
- Section 3041, California licensed optometrists
- Section 2472, California licensed podiatrists
- Section 2836.1, California licensed nurse practitioners
- Section 2746.51, California-certified nurse midwives
- Section 3502.1, California-licensed physician assistants

California *Education Code.*

- Section 33031, State Board of Education adopt rules and regulations
- Section 49423, Auto-injectable epinephrine, assistance at school or carry and self-administer
- Section 49423.1, Inhaled asthma medication, assistance at school or carry and self-administer
- Section 49423.6, Regulations regarding administration of medication in public schools

NOTE: California *Education Code* 49423.5, specialized physical health care services, i.e., catheterization, gastric tube feeding, suctioning, or other services that require medically related training, may require additional forms and instructions signed by parent or legal guardian and physician. Request *Specialized Services* forms from school.

California Code of Regulations, Title 5, Education.

Section 601, Definitions

- (a) Authorized health care provider
- (b) Medication
- (c) Medication Log
- (d) Medication Record
- (e) Other designated school personnel
- (f) Parent or legal guardian
- (g) Regular school day
- (h) School nurse

Section 602, Written Statement of Authorized Health Care Provider.

Section 603, Written Statement of the Parent or Legal Guardian.

Section 604, Administration of Medication to Pupils or Otherwise Assisting Pupils in the Administration of Medication.

Section 605, Self-Administration of Medication.

Local Educational Agency Policies

Board Policy 5141.21, Administering Medication and Monitoring Health Conditions

Administrative Regulation 5141.21, Administering Medication and Monitoring Health Conditions