

FORMULARIO DE CONSENTIMIENTO DE ADMINISTRACIÓN DE MEDICINA

Se solicita a los apoderados que administren medicinas en casa y en un horario diferente al horario escolar. Cuando sea necesario administrar prescripciones o medicinas regulares no prescritas durante el horario escolar, se requiere tener autorización por escrito de los padres y del médico. Esta autorización se proporciona al completar ambos lados de este Formulario de Consentimiento de Administración de Medicina. Se necesita seguir el siguiente procedimiento:

1. Los apoderados **firmarán** la "autorización del padre/guardián" de abajo, la cual le otorga permiso a personal escolar designado para administrar medicina **regular o prescripción**.
2. El médico/dentista completará y firmará la autorización del médico/dentista (al reverso) para medicina **regular o prescripción**.
3. Un adulto **traerá** la medicina regular o prescripción a la escuela en el **envase original** con la etiqueta apropiada. No se aceptará medicinas en bolsitas de plástico, sobres u otros envases. (Si se solicita, el farmacista dividirá el medicamento en dos envases, uno para el uso de la escuela y el otro para el uso en la casa).
4. Las instrucciones en el formulario de autorización del médico/dentista deben ser iguales a las instrucciones en la etiqueta del envase.
5. El personal de la escuela no aceptará medicina que la traiga un alumno. El apoderado o un adulto designado traerá la medicina a la escuela.
6. Cada vez que haya un cambio en la potencia, dosis u horario del medicamento, se completará un nuevo formulario de consentimiento.
7. Para las medicinas que se toman a largo plazo, el formulario de consentimiento lo **DEBE** completar el médico y los padres **cada nuevo año escolar**.
8. Un alumno puede llevar consigo y administrarse a sí mismo el medicamento **sólo** cuando el médico/dentista marca con sus iniciales la sección apropiada del formulario de consentimiento. Este privilegio se puede cancelar si se sabe que el alumno hace mal uso del medicamento y puede así ser peligroso a sí mismo y a los demás.
9. El apoderado **recogerá** todas las medicinas sin usar dentro de cinco días hábiles, o se les destruirá debido a regulaciones de seguridad.
10. Los alumnos que asisten a la escuela de verano están cubiertos por formularios completados durante el año escolar actual. El apoderado es responsable de proporcionar la medicina y una **copia** del formulario de autorización como parte de la matrícula en la escuela de verano.
11. Se otorga permiso a la enfermera de la escuela a contactar al médico/dentista si fuera necesario.

AUTORIZACIÓN DEL PADRE/GUARDIÁN

Soy el padre/guardián de _____
(Nombre del Alumno)

Solicito al Distrito Educativo Costero Unificado de San Luis (DECUSL) a que asista a mi hijo/a a tomar su medicina como se declara en la autorización del médico/dentista (reverso de este documento).

Acuerdo identificar y considerar inocente al DECUSL, sus agentes, funcionarios y empleados, de cualquier daño, enfermedad, o muerte que pudiera ocurrir como resultado de asistir con la administración del medicamento de acuerdo a las direcciones del médico.

Nombre en letra imprenta

Firma

Fecha

HEALTH CARE PROVIDER AUTHORIZATION

Name of child (print): _____ Birth Date: _____

Name of medication (one medication per form): _____

Reason for medication (diagnosis): _____

Strength (mg, etc.): _____ Dosage (amount): _____

Time of day or frequency to be given at school: _____

For "as needed" (prn) medications, describe indications (symptoms) when to be used: _____

Method of administration (oral, topical, eye drops, etc.) and directions: _____

Possible side effects of medication: _____

SELF-MEDICATION

Student may carry and administer his own medication **ONLY** if ALL the items below are initialed by the physician/dentist:

- Medication is needed by student for immediate emergency condition (i.e. diabetes, asthma, anaphylaxis, migraines)
- It appears that the student is physically, mentally, and behaviorally capable to assume responsibility.
- Student has successfully demonstrated self-medication procedure to health care provider.

Additional comments/directions: _____

Health Care Provider (Print)

Signature

Date

Telephone Number

Fax Number

Address