

**Capistrano Unified School District
Instructional Services
Solicitud para la Administración de Medicamentos
(Padres de Familia o Médico)**

Nombre del Estudiante: _____ Fecha de Nacimiento: _____

Distrito Escolar/Escuela: _____ Nombre del Maestro: _____ Salón de Clase Número: _____

**Solicitud para la Administración de Medicamentos
Regulares ó con Prescripción Médica**

El código #49423 del Departamento de Educación en California autoriza al enfermero escolar o persona designada por la escuela asistir a los estudiantes que requieran tomar medicamentos durante el horario escolar. Este servicio se ofrece con el fin de ayudar al estudiante a permanecer en la escuela y mejorar su potencial para la educación y el aprendizaje.

Por la presente, solicito se le administre a mi hijo la medicina correspondiente de acuerdo a las instrucciones del doctor. Entiendo también que dicho medicamento sera administrado por la persona designada por la escuela bajo la supervisión de un enfermero escolar calificado. Adicionalmente, notificaré inmediatamente a la escuela y enviaré un nuevo formato si hubiese cambio de medicina, cambio de dosis, cambio en el horario en la administración del medicamento y cambio de doctor. Asimismo, autorizo a que se contacte al doctor las veces que sean necesarias. El enfermero escolar podría asesorar al personal de la escuela como administrar los medicamentos y reconocer si se presenta alguna reacción a la medicina.

Firma del Padre de Familia o Guardián: _____ Fecha: _____

Teléfono de la Oficina: _____ Teléfono en Casa: _____

Nota: Medicamentos como el EpiPen o inhaladores pueden ser llevados por el estudiante siempre y cuando estén autorizados por los padres de familia/guardianes o médicos. Sugerimos solicitar a su farmacia dos envases; uno para la escuela y el otro para su hogar.

AUTHORIZED HEALTH CARE PROVIDER REQUEST FOR ADMINISTRATION OF MEDICATION

Reason for Medication: _____

Medication: _____ Dose: _____ Route: _____ Time: _____

If PRN: Amount of time between doses _____ Maximum number of doses _____ per day.

Possible medication reactions: _____

Instructions for emergency care _____

Authorized Health Care Provider Signature: _____

Telephone _____

Date of Request: _____

Date To Discontinue Medication: _____



Office Stamp

Regarding EpiPen/Inhalers: It is my professional opinion that this student should be permitted to carry/self administer this emergency Inhaler/EpiPen. This student has been instructed in, and demonstrates an understanding of proper usage.

Health Care Provider Initials _____

SCHOOL USE:

Reviewed by: _____ Date: _____

This request is valid for a maximum of one year.

**Capistrano Unified School District
Instructional Services**

Al Padre de Familia o Guardián:

El tratamiento médico es la responsabilidad de los padres de familia y del médico tratante. Una persona autorizada a administrar los medicamentos o prescribir una receta es un individuo licenciado por el Estado de California. Los medicamentos con receta o sin ella podrían ser administrados por el personal autorizado de la escuela durante el horario escolar. **Solicitamos urgentemente a los padres de familia o guardianes y médicos que elaboren un horario adecuado para administrar debidamente los medicamentos a los estudiantes en sus hogares o en la escuela.**

En la Sección 49423 del Código de Educación de California, se autoriza al personal de la escuela a administrar los medicamentos autorizados por los médicos. El personal de la escuela es supervisado y entrenado por un enfermero calificado. Si es necesario los medicamentos serán refrigerados y guardados bajo llave.

Los estudiantes pueden cargar medicamentos como el EpiPen o inhaladores cuando éstos son autorizados por un médico, padres de familias o guardianes y la enfermera de la escuela. En ocasiones, la enfermera podría evaluar la habilidad del estudiante de aplicarse el medicamento. Esta evaluación estará bajo la directriz del Distrito Escolar (Title 5). Se sugiere tener medicamentos extras en la escuela en caso de emergencia. En caso de desastre, los estudiantes con serios problemas médicos (diabetes, epilepsia, etc.) deberán de mantener en la escuela una dosis extra de su medicamento. El medicamento deberá estar acompañado de una receta médica.

LAS SIGUIENTES CONDICIONES DEBERAN DE CUMPLIRSE EN CASO LA MEDICINA SEA APLICADA EN LA ESCUELA:

1. La escuela deberá de archivar un informe firmado por un médico, cirujano o dentista especificando lo siguiente: razón por la que se está administrando el medicamento, nombre del paciente, dosis, horario para la administración del medicamento, rutina, efectos secundarios e instrucciones específicas en caso se tenga que administrar el medicamento durante una emergencia.
2. La escuela requiere de una autorización firmada por los padres de familia o guardianes. Esta autorización deberá estar archivada en la escuela.
3. Los padres de familia o guardianes y adultos responsables del menor deberán de entregar los medicamentos en la escuela. Se requiere que la medicina este en el envase original con el membrete de la farmacia.
4. La escuela requiere que todo medicamento líquido deberá tener por escrito la unidad de dosificación correspondiente.
5. Si se solicita que se administre 1/2 o 1/4 de pastille, el medicamento deberá ser enviado a la escuela propiamente cortado.

Nota: Sugerimos que las instrucciones del médico sean conversadas entre ustedes y sus hijos con el fin de que estén al tanto de la hora que el medicamento deba ser administrado. Se deberá comunicar prontamente a la escuela en caso que se presente algún cambio con la administración de la medicina. Si en caso haya un cambio en la aplicación del medicamento, los padres de familia o guardianes y médicos deberán de llenar una nueva autorización. Esta autorización es válida por un año.

This request is valid for a maximum of one year.