



DISTRITO ESCOLAR AUBURN UNION
255 EPPERLE LANE
AUBURN, CA 95603
TELÉFONO 530.885.7242 FAX 530.885.5170

ADMINISTRACIÓN DE MEDICAMENTOS POR PERSONAL ESCOLAR

Nombre del Estudiante:		Fecha de nacimiento:
Escuela:	Grado:	Año Escolar:

SOLICITUD DE PADRES	
<p>Yo (nosotros), los abajo firmantes, los padres/tutores del alumno mencionado anteriormente, solicito/solicitamos que se administre el siguiente medicamento a mi (nuestro) hijo, de acuerdo con el Código de Educación de California 49423. Me comprometo a: 1. Proporcionar todos los medicamentos, suministros y equipos. 2. Notificar a la enfermera del distrito si hay un cambio en el estado de salud del alumno o del médico tratante. 3. Notificar a la enfermera de la escuela de inmediato y proporcionar un nuevo consentimiento para cualquier cambio en las órdenes del médico. 4. CONFIRMO QUE, SI MI ESTUDIANTE LLEVA Y SE ADMINISTRA SU PROPIO MEDICAMENTO, DEBE LLEVARLO PERSONALMENTE PARA ASISTIR A UNA EXCURSIÓN. Autorizo a la enfermera del distrito a comunicarse con el proveedor de atención médica autorizado cuando sea necesario, con respecto a este medicamento y condición médica específicos.</p>	
Firma del Padre/Tutor _____	Fecha _____

PHYSICIAN INSTRUCTIONS (to be completed by health care provider) INSTRUCCIONES PARA EL MÉDICO (a completar por el proveedor de atención médica)	
1. MEDICATION	Dose/Route/Frequency:
Indication for medication:	Is medication a controlled substance? <input type="checkbox"/> Y <input type="checkbox"/> N
Special instructions/precautions/side effects:	
2. MEDICATION	Dose/Route/Frequency:
Indication for medication:	Is medication a controlled substance? <input type="checkbox"/> Y <input type="checkbox"/> N
Special instructions/precautions/side effects:	
3. MEDICATION	Dose/Route/Frequency:
Indication for medication:	Is medication a controlled substance? <input type="checkbox"/> Y <input type="checkbox"/> N
Special instructions/precautions/side effects:	



DISTRITO ESCOLAR AUBURN UNION
255 EPPERLE LANE
AUBURN, CA 95603
TELÉFONO 530.885.7242 FAX 530.885.5170

ADMINISTRACIÓN DE MEDICAMENTOS POR PERSONAL ESCOLAR (CONTINUACIÓN)

HEALTH CARE PROVIDER AUTHORIZATION FOR ADMINISTRATION OF MEDICATION BY SCHOOL PERSONNEL <i>(a completar por el proveedor de atención médica)</i>	
My signature below provides the authorization for the above written orders. I understand that all procedures will be implemented in accordance with California state laws and regulations. I understand that specialized physical health care services may be performed by unlicensed designated school personnel under the training and supervision provided by the District Nurse. This authorization is for a maximum of one (1) year. If changes are indicated, I will provide new written authorization. (May be faxed)	
Physician Signature:	Date:
Physician Name:	
Address:	
Telephone:	

SELF ADMINISTRATION AUTHORIZATION/APPROVAL for emergency medication use only AUTORIZACIÓN / AUTORIZACIÓN/APROBACIÓN DE AUTO ADMINISTRACIÓN para uso exclusivo de medicamentos de emergencia	
If any of the above medication is a rescue inhaler or auto-injectable epinephrine that needs to be carried and self-administered by the student, both the physician, parent/guardian and school nurse must agree, check and sign here (District Nurse has final approval for self-administering and/or carrying medication by student at school): Si alguno de los medicamentos mencionados anteriormente es un inhalador de rescate o una epinefrina autoinyectable que debe ser llevada y autoadministrada por el estudiante, tanto el médico, el padre/tutor y la enfermera de la escuela deben estar de acuerdo, marcar y firmar aquí (la enfermera del distrito tiene la aprobación final para la autoadministración o para que el estudiante lleve su medicamento a la escuela):	
Prescriber's authorization for self administration/Autorización del médico que otorga la receta para la autoadministración: <input type="checkbox"/> Y <input type="checkbox"/> N	Signature/date
Parent/Guardian authorization for self administration/Autorización del padre/tutor para la autoadministración: <input type="checkbox"/> Y <input type="checkbox"/> N	Signature/date
District Nurse authorization for self administration// Autorización de la enfermera del distrito para la autoadministración: <input type="checkbox"/> Y <input type="checkbox"/> N	Signature/date

Principal Signature/Firma del Director(a): _____ Date: _____

District Nurse Signature/Firma de Enfermera del Distrito _____ Date: _____



DISTRITO ESCOLAR AUBURN UNION
255 EPPERLE LANE
AUBURN, CA 95603
TELÉFONO 530.885.7242 FAX 530.885.5170

ADMINISTRACIÓN DE MEDICAMENTOS POR PERSONAL ESCOLAR

Estimado Padre/Tutor:

Para solicitar la administración de medicamentos en la escuela, **LEA ATENTAMENTE LA SIGUIENTE INFORMACIÓN.** Si tiene alguna pregunta, comuníquese con Jenny Serrano, enfermera de distrito (jserrano@auburn.k12.ca.us)

RESPONSABILIDAD DEL PADRE/TUTOR

- **NO se administrarán medicamentos hasta que se complete este formulario y esté archivado en la oficina de salud de la escuela.**
- **A los estudiantes no se les permite llevar medicamentos, incluso de venta libre, en el campus escolar. Sin embargo, un médico, un padre o tutor y una enfermera de la escuela pueden autorizar a un estudiante a llevar su medicamento de emergencia recetado (SOLAMENTE epinefrina autoinyectable, medicamento de rescate de inhalación para el asma o insulina), si es necesario, con la documentación correspondiente.**
- **Los padres/tutores pueden recoger los medicamentos no utilizados de la oficina de la escuela durante el año escolar y al finalizar el año. Los medicamentos que queden después del último día serán descartados.**

RESPONSABILIDAD DEL MÉDICO Y PADRE/TUTOR

- **Cualquier medicamento tomado en la escuela (YA SEAN RECETADOS O DE VENTA LIBRE) deben ser autorizados por un padre/tutor Y un proveedor de atención médica. El personal de la escuela no aceptará ningún medicamento sin haber recibido formularios de medicamentos completos y apropiados.**
- **Los medicamentos deben traerse en el envase original, ya sea de la farmacia o de venta libre.**
- **Si el medicamento se administra según sea necesario, especifique las condiciones o los síntomas exactos de cuándo se debe tomar el medicamento y la hora en que se puede volver a administrar.**
- **A menos que se especifique lo contrario, la orden de medicamentos es válida para todo el año escolar.**
- **Se necesita un nuevo formulario para todos los cambios en la medicación, la dosis o el tiempo.**
- **TODAS LAS ÓRDENES DE MEDICAMENTOS DEBEN RENOVARSE ANUALMENTE.**

RESPONSABILIDAD DEL PERSONAL ESCOLAR

- **El personal escolar designado asumirá la responsabilidad de colocar los medicamentos en un gabinete cerrado con llave.**
- **Si la enfermera del distrito no está disponible para administrar medicamentos, se puede asignar a otro miembro del personal capacitado para que lo haga.**
- **La enfermera del distrito o el personal designado asistirán y observarán al estudiante cuando toma un medicamento, de acuerdo con las instrucciones del médico. La fecha y la hora en que se administra cada medicamento se registrarán en el formulario de Registro de medicamentos por parte del personal que ayuda al estudiante a tomar el medicamento.**
- **El distrito escolar y sus empleados no son responsables de los resultados de este medicamento, en caso de que ocurra una reacción indebida.**
- **Los miembros del personal/la enfermera del distrito no pueden administrar ningún medicamento en horarios que no sean los especificados en el formulario autorizado.**
- **Se destruirán los medicamentos vencidos y descontinuados que no se hayan recogido el último día de clases.**

DISPOSICIÓN LEGAL BÁSICA – Código de Educación de California §49423

A pesar de lo dispuesto en el artículo §49423, cualquier estudiante que deba tomar, durante el día escolar regular, un medicamento recetado por un médico, puede recibir ayuda del personal de la escuela, si el distrito escolar ha recibido: (1) Una declaración escrita de dicho médico que detalle el método, la cantidad y los horarios en los cuales se debe tomar tal medicamento; y (2) una declaración escrita del padre o tutor del estudiante que indique el deseo de que el distrito escolar ayude al estudiante en los asuntos establecidos en la declaración del médico..

****** POR FAVOR COMPLETAR EL FORMULARIO ADJUNTO ******