

**DISTRITOS ESCOLARES DE SANTA BARBARA**

**Servicios de Salud**

**Autorización Para Administrar Medicinas**

Nombre del Alumno/a: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_ Grado \_\_\_\_\_

Escuela: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_ Fax: \_\_\_\_\_

**A: Padres/Tutores y Médico**

Si se debe tomar alguna medicina durante el horario escolar o en alguna excursión organizada por la escuela, es necesario, en cumplimiento con la **Sección 49423 del Código de Educación de California**, tener una declaración por escrito en el expediente. La declaración debe estar firmada por los padres/tutores y el médico indicando su deseo de que el personal escolar asista al alumno/a con la administración de la medicina. **La autorización debe hacerse anualmente y/o siempre que haya algún cambio.**

El Código de Educación exige que **TODAS** las medicinas, **recetadas o sin receta** deben tener una declaración completada **TANTO** por el médico **COMO POR** los padres/tutores **ANTES** de que pueda ser administrada. Las medicinas deben traerse en su bote **original** etiquetado con el nombre del alumno/a, el de la medicina, la dosis y concentración y las instrucciones **específicas** para su administración.

**Autorización de los Padres/Tutores**

Como padres/tutores del alumno/a arriba indicado/a, solicito que personal escolar designado asista en la administración de la medicina recetada por el médico. Doy mi consentimiento para que el médico y el personal escolar designado se comuniquen directamente con referencia a la administración de la medicina. Entiendo que es mi responsabilidad el entregar en la escuela todas las medicinas y estoy de acuerdo en surtir las o sustituirlas cuando sea necesario. Entiendo que la medicina se guardará en un área cerrada con llave salvo que el médico indique que mi hijo/a es capaz de llevarla consigo y administrarse a sí mismo/a. Yo por la presente suelto el distrito de la escuela y toda la personal de la escuela de la obligación civil si mi niño sufre una reacción adversa como el resultado de prescripción epinefrina que auto administrando o la prescripción automático-inyectable inhaló medicina de asma.

Firma: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

**Autorización del Médico**

Como médico del niño/a arriba indicado/a, en mi opinión profesional, es apropiado y necesario, que las siguientes medicinas estén disponibles para ser administradas durante el horario escolar o durante horario extendido cuando el/la niño/a está en la escuela o en alguna actividad/excursión/salida/evento organizado por la escuela.

**Pongan una "X" en las columnas que no usen.**

Nombre(s) de la(s) Medicina(s)	1.	2.	3.
Propósito de la Medicina			
Concentración/ Dosis			
Forma de la medicina (líquida, tableta, inhalador, etc.)			
Ruta de administración (oral, inhalación, inyectada, etc.)			
Horario de administración, hora(s) o frecuencia si PRN			
Duración de la necesidad (si diferente de todo el curso)			
Precauciones, instrucciones, efectos secundarios o comentarios			
¿Puede el/la alumno/a llevar su propia medicina y auto- administrarse?	Por favor, marque con un círculo  <b>Sí</b> <b>No</b>	Por favor, marque con un círculo  <b>Sí</b> <b>No</b>	Por favor, marque con un círculo  <b>Sí</b> <b>No</b>

**Firma del Médico:**

**Fecha:**

**Nombre en letra de imprenta:**

**Teléfono:**

**Declaración del Alumno/a:** entiendo que se me permite llevar y administrar **SOLO** la(s) medicina(s) arriba indicada(s). Estoy de acuerdo en usar la medicina siguiendo las instrucciones de mi médico y no compartirla con otros. Entiendo que si la comparto con otros, se me considerará responsable de mis acciones y será objeto de acción disciplinaria.

Firma del Alumno/a: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_