|  |
| --- |
| Distrito Escolar Unificado de Madera  FORMULARIO DE MEDICINAS EN LA ESCUELA |

Nombre del Estudiante: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_ Grado \_\_\_

Nombre del Padre/Guardián: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

|  |
| --- |
| El Código de Educación 49423 define ciertos requisitos para administrar la medicina en el entorno escolar. A un estudiante se le puede permitir la medicina en el entorno de la escuela si un formulario de Medicinas en la Escuela ha sido completado y firmado por el padre/guardián y doctor. La autorización permanecerá en efecto por un año, a menos que los padres la terminen antes. Si hay un cambio en el estado de salud del estudiante o en el régimen de medicación, los padres deben informar inmediatamente a la escuela. La medicina debe ser enviada a la escuela en el contenedor original de la farmacia y marcada claramente con el nombre del estudiante. Ninguna medicina (incluyendo sin recetas), será dada en la escuela sin una prescripción actual del doctor. |

PETICIÓN DE LOS PADRES

El abajo firmante, el cual es padre/guardián del estudiante nombrado arriba, solicita que la enfermera escolar o personal designado por la escuela, le ayude al alumno cuando sea necesario, en el asunto establecido por las ordenes del doctor. Yo por este medio, consiento a la auto-administración, si es autorizada por el doctor. Aun más, yo consiento a que el personal escolar apropiado consulte con el doctor del estudiante en lo concerniente a la medicina si es necesario. Los padres eximirán de responsabilidad al personal escolar en lo concerniente a la medicina de su hijo/a en la escuela.

Firma del Padre/Guardián: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\* **PHYSICIAN’S ORDERS** \*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*

Diagnosis/Condition for which the medication is to be given: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Medication: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Dosage: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Method of Administration: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Time Limit: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Possible side effects: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

|  |
| --- |
| Asthma Inhalers/Auto-Injectable Epinephrine:  Does the student need to carry an inhaler or auto-injectable epinephrine on campus? Yes\_\_\_\_\_\_ No\_\_\_\_\_\_  I have instructed the student in the proper way to use his/her inhaler or auto-injectable epinephrine, including proper administration technique. It is my professional opinion that the student is able to self-administer the medication and should be allowed to carry and use the inhaler or auto-injectable epinephrine on campus. |

Physician’s Name (printed) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Date: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Physician’s Signature: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Phone: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

School Nurse: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Date: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

School Name: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Phone: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Fax: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_