



San Leandro Unified School District Health Services

(510) 618-4469 x3552 Fax (510) 618-4434 | nurses@slusd.us

AUTORIZACIÓN PARA SUMINISTRAR MEDICAMENTO DE PRESCRIPCIÓN

Año Escolar: _____

Nombre del Estudiante: _____ Escuela: _____

Fecha de Nacimiento: _____ Maestro/Grado: _____

Nombre del Padre/Apoderado Legal: _____ Telefono: _____

De acuerdo con el Código de Educación 49423 de California, los estudiantes que necesitan algún medicamento (recetado o de venta libre) durante el día escolar regular deben tener (1) una declaración escrita del médico y (2) una declaración escrita del padre / madre Guardián legal. Este formulario debe completarse y archivar en la escuela antes de que un niño **pueda recibir ayuda** con cualquier medicamento. El personal escolar designado, bajo la supervisión de la enfermera escolar, puede ayudar a los estudiantes a tomar el medicamento.

Esta solicitud debe renovarse anualmente o siempre que haya un cambio en la dosis del medicamento. Todos los medicamentos deben ser llevados a la oficina de la escuela, por un adulto, en el envase original con la etiqueta de la farmacia. Para los medicamentos de venta libre, asegúrese de que el nombre de su hijo esté en el envase y que el medicamento coincida exactamente con la orden del médico.

Debe ser Completado por el Proveedor de Atención Médica:

Diagnosis Medica: _____

Nombre del Medicamento	Dosis	Frecuencia	Indicación	Efectos Secundarios Posibles	Auto administrar ?*	Estudiante carga medicamento? *
					<input type="radio"/> No <input type="radio"/> Si	<input type="radio"/> No <input type="radio"/> Si
					<input type="radio"/> No <input type="radio"/> Si	<input type="radio"/> No <input type="radio"/> Si
					<input type="radio"/> No <input type="radio"/> Si	<input type="radio"/> No <input type="radio"/> Si

* La autoadministración / autogestión de medicamentos se aplica sólo a los inhaladores de asma y EpiPens. Sujeto a la aprobación de la enfermera de la escuela.

Nota: Para el EpiPens, el proveedor de atención médica y el padre / tutor también deben completar el Plan de atención de emergencia para la alergia alimentaria y la anafilaxia.

Firma del proveedor de atención médica: _____ Fecha: _____

Imprimir / Sello Nombre del Proveedor: _____

Teléfono: _____

Debe ser completado por el padre / apoderado legal:

Solicitó al personal de la escuela que ayuden con la entrega de medicamentos como se indicó anteriormente. Alivio al personal de la escuela de la responsabilidad por cualquier reacción adversa que resulte de la administración de este medicamento. Entiendo que siempre que sea posible, el medicamento debe programarse para una hora en que el niño no esté en clase. Se concede permiso a la enfermera de la escuela para comunicarse con el médico según sea necesario.

Firma del padre / apoderado legal: _____ Fecha: _____