

Núm. de identificación estudiantil \_\_\_\_\_

Núm. telef. de la escuela \_\_\_\_\_

Núm. de fax de la escuela \_\_\_\_\_

## INSTRUCCIONES DEL MÉDICO

Para MEDICAMENTO CON AYUDA DE LA ESCUELA

A. Este formulario debe llenarse antes de que cualquier medicamento (*recetado o sin receta*) pueda darse, o tomarse, en la escuela.  
**Se requieren las firmas del médico y padre/tutor legal. Este formulario debe renovarse anualmente o con cualquier cambio en el medicamento.**

Nombre del alumno: \_\_\_\_\_ fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_

### SOLO PARA USO DEL MÉDICO

1. MEDICATION: \_\_\_\_\_ Dose: \_\_\_\_\_ Reason/Diagnosis: \_\_\_\_\_

Route:  Oral  Nasal  Topical  
 Inhale  Injection  Other \_\_\_\_\_ Med Start Date: \_\_\_\_\_ Stop Date: \_\_\_\_\_

If DAILY ~ Time(s) to be given: \_\_\_\_\_

If AS NEEDED (prn) ~ Frequency:  Every 3 to 4 hrs.,  Every 4 to 6 hrs.,  Other : \_\_\_\_\_

\*Self carry – for asthma inhaler or epinephrine auto-injectors ONLY. Student demonstrates competence. (Reunirse con la enfermera de la escuela)

Other instructions if needed (e.g., signs/symptoms for usage, special storage, adverse reactions): \_\_\_\_\_

2. MEDICATION: \_\_\_\_\_ Dose: \_\_\_\_\_ Reason/Diagnosis: \_\_\_\_\_

Route:  Oral  Nasal  Topical  
 Inhale  Injection  Other \_\_\_\_\_ Med Start Date: \_\_\_\_\_ Stop Date: \_\_\_\_\_

If DAILY ~ Time(s) to be given: \_\_\_\_\_

If AS NEEDED (prn) ~ Frequency:  Every 3 to 4 hrs.,  Every 4 to 6 hrs.,  Other : \_\_\_\_\_

\*Self carry – for asthma inhaler or epinephrine auto-injectors ONLY. Student demonstrates competence. (Reunirse con la enfermera de la escuela)

Other instructions if needed (e.g., signs/symptoms for usage, special storage, adverse reactions): \_\_\_\_\_

Physician Signature: \_\_\_\_\_ Date: \_\_\_\_\_

Physician Name: \_\_\_\_\_

Address: \_\_\_\_\_ Phone: \_\_\_\_\_

City: \_\_\_\_\_ Zip: \_\_\_\_\_

**Todas las órdenes de medicamento serán descontinuadas automáticamente al final del año escolar. Se requieren nuevas órdenes cada año escolar.**

El Artículo 49423 del Código de Educación de California estipula que a cualquier alumno que se le requiere tomar, durante el día escolar regular, medicamento recetado por un médico, el enfermero escolar u otro personal escolar designado puede ayudar al alumno si el distrito escolar recibe (1) una declaración por escrito de dicho médico detallando el método, la cantidad y horario por los cuales se debe tomar este medicamento y (2) una declaración por escrito del padre o tutor legal del alumno indicando su deseo que el distrito escolar ayude al alumno con los asuntos fijados en la declaración del médico.

\* Artículo 49423 (c) del Código de Educación de California Un alumno puede estar sujeto a medidas disciplinarias según el Artículo 48900 si ese alumno usa un inhalador o epinefrina autoinyectable de una manera no recetada.

## Solicitud del padre Para ayuda con medicamento en la escuela

**B.** El padre o tutor legal deben llenar esta hoja antes de que cualquier medicamento (*recetada o sin receta*) pueda darse, o tomarse, en la escuela. **Se requiere la firma del padre o tutor legal. Este formulario debe renovarse cada año escolar o con cualquier cambio en el medicamento.**

Nombre del alumno: \_\_\_\_\_ fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_

### **Solicitud del padre para ayuda con el medicamento en la escuela**

Entiendo que las regulaciones del distrito escolar requieren que el medicamento del alumno se mantenga en un lugar seguro, bajo la dirección de un empleado adulto del distrito escolar, y no llevado en la persona de un alumno (salvo los inhaladores para asma y autoinyecciones de epinefrina acompañados con las apropiadas instrucciones del médico).

**A. Por el presente solicito que el personal de la escuela de mi hijo ayude en administrar el medicamento** a mi hijo durante las horas escolares como está declarado en las instrucciones del médico. También doy permiso para que se comunique con el médico para consulta e intercambio de información como se necesite.

**Firma del padre o tutor legal:** \_\_\_\_\_ **fecha:** \_\_\_\_\_ **número telef.:** \_\_\_\_\_

**B. Solamente para solicitudes de INHALADORES PARA ASMA/AUTOINYECTORES DE EPINEFRINA QUE SE LLEVAN CONSIGO:** Por el presente solicito que mi hijo lleve consigo y se administre él mismo su inhalador para asma o autoinyector. Entiendo que si mi hijo no sigue las reglas y responsabilidades de llevar consigo su medicamento, él perderá el privilegio de llevar consigo dicho medicamento\*. También doy permiso para que se comunique con el médico para consulta e intercambio de información como se necesite. Entiendo que todos los estudiantes de primaria y los padres deben reunirse con la enfermera de la escuela.

**Firma del padre o tutor legal:** \_\_\_\_\_ **fecha:** \_\_\_\_\_ **número telef:** \_\_\_\_\_

### **Contrato del alumno – solamente para inhaladores para asma**

Acuerdo mantener mi medicamento en un lugar seguro, como en mi persona, en todo momento. Acuerdo a NUNCA compartir mi medicamento con ningún otro alumno. Si estoy usando mi inhalador más de una vez al día, o varias veces a la semana, hablaré con el enfermero escolar.

**Firma del alumno:** \_\_\_\_\_ **fecha:** \_\_\_\_\_

**Firma del padre:** \_\_\_\_\_ **fecha:** \_\_\_\_\_

**Todas las órdenes de medicamento serán descontinuadas automáticamente al final del año escolar. Se requieren nuevas órdenes cada año escolar.**

\*El Artículo 49423 (c) del Código de Educación de California Un alumno puede estar sujeto a medidas disciplinarias según el Artículo 48900 si ese alumno usa un inhalador o epinefrina autoinyectable de una manera no recetada.