



FORMULARIO DE AUTORIZACIÓN DE MEDICAMENTOS

El nombre del niño: _____ Fecha de nacimiento: _____

Escuela: _____ Grado: _____ Fecha: _____

El Código de Educación de California 49423 establece que cualquier alumno que tome medicamentos (recetados o de venta libre) durante el día escolar regular y/o excursiones nocturnas tenga lo siguiente:

1. Una declaración escrita del médico que detalle el método, la cantidad y el horario en que se debe tomar el medicamento.
2. Una declaración escrita del padre o tutor del alumno que indique el deseo de que el distrito escolar ayude al alumno en el asunto establecido en la declaración del médico.

El medicamento debe estar en el envase original (con receta o de venta libre). El medicamento debe estar claramente etiquetado con el nombre del estudiante, el nombre del medicamento y la dosis.

To be completed by physician

Medication: _____ Dosage: _____

Time: _____ Before Lunch: _____ After Lunch: _____

As Needed for the following symptoms: _____

Students may carry the following medication if authorized by physician and parent. Please mark if applicable.

- | | | | |
|----------------------|---|---|--|
| A. Inhaler | <input type="checkbox"/> Keep in office | <input type="checkbox"/> Carry with him/her | <input type="checkbox"/> May self-administer |
| B. EpiPen | <input type="checkbox"/> Keep in office | <input type="checkbox"/> Carry with him/her | <input type="checkbox"/> May self-administer |
| C. Diabetic Supplies | <input type="checkbox"/> Keep in office | <input type="checkbox"/> Carry with him/her | <input type="checkbox"/> May self-administer |

The school should be aware of the following side effects _____

Print Name of Physician/Provider

Date

Signature of Physician/Provider

Phone Number/Fax Number

Entiendo que este consentimiento puede ser terminado en cualquier momento.

Al firmar este formulario, autorizo lo siguiente:

- Por la presente doy permiso para que el personal escolar designado administre el medicamento anterior a mi hijo
- **Autorizo a la enfermera a comunicarse con el médico.**
- Autorizo a mi hijo a autoadministrarse el medicamento descrito anteriormente, A, B o C, y eximo de responsabilidad civil si el estudiante sufre una reacción adversa.
- All medications must be stored in the health office, except for those listed above, A, B, and C, and only with physician and parent authorization.

Firma de los Padres

Fecha