



**Autorización para Administrar Medicamento**

Nombre del/de la Estudiante \_\_\_\_\_ Escuela \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

El Código de Educación 49423 de California provee que todo estudiante que tiene que tomar, durante el día escolar, medicamento que ha sido recetado por un médico, debe de ser ayudado por la enfermera de la escuela u otra persona designada si la escuela ha recibido lo siguiente:

1. Una nota escrita por el médico detallando el método, cantidad y hora que debe de tomar el medicamento.
2. Una nota escrita por los padres/guardián del/de la estudiante que indica su deseo de que el distrito escolar ayude a su estudiante de acuerdo con las indicaciones del médico.

**Todo medicamento debe de estar en su pomo o envase original (sea prescripción o comprado en la tienda). El medicamento debe de tener el nombre del/de la estudiante, nombre del medicamento y dosis.**

<b>Debe ser completado por el médico</b>			
<b>Medicamento</b> _____			
<b>Dosis</b> _____			
<b>Hora</b> _____	<b>Antes del Almuerzo</b> _____	<b>Después del Almuerzo</b> _____	<b>Cuando sea necesario</b> _____
<b>Marque si aplica:</b>			
Inhalador	<input type="checkbox"/> Mantener en la oficina	<input type="checkbox"/> Puede tener el/la estudiante	<input type="checkbox"/> Puede administrarlo el/la estudiante
Epi Pen estudiante	<input type="checkbox"/> Mantener en la oficina	<input type="checkbox"/> Puede tener el/la estudiante	<input type="checkbox"/> Puede administrarlo el/la
Objetos de diabetes	<input type="checkbox"/> Mantener en la oficina	<input type="checkbox"/> Puede tener el/la estudiante	<input type="checkbox"/> Puede administrarlo el/la estudiante
<b>La escuela debe de saber los efectos que puede tener el medicamento</b> _____			
_____			
_____ <b>Nombre del Médico o Proveedor</b>		_____ <b>Fecha</b>	
_____ <b>Firma del Médico o Proveedor</b>		_____ <b>Teléfono/FAX</b>	

Yo entiendo que este consentimiento puede ser terminado en cualquier momento

**Debe de ser completado por padres/guardián**

- Yo autorizo al personal de la escuela a administrar este medicamento a mi estudiante.
- € **Yo autorizo a que la enfermera tenga contacto con el médico.**
- € Yo autorizo a que mi hijo se administre por sí mismo la medicina descrita a continuación, A, B o C, y exonero de responsabilidad civil si el estudiante sufre reacciones adversas.

\_\_\_\_\_  
Firma de padres/guardián

\_\_\_\_\_  
Fecha

