

AUTORIZACIÓN PARA LA ADMINISTRACIÓN DE MEDICAMENTOS

De conformidad con la sección 49423 del Código de Educación, los estudiantes que deben tomar medicamentos recetados por un médico, cirujano o asistente médico durante el día escolar normal (incluidos los medicamentos sin receta, como aspirina, medicamentos para el resfriado, etc.) pueden obtener asistencia de una enfermera escolar u otro empleado designado si el Distrito recibe una declaración por escrito tanto del médico, cirujano o asistente médico del estudiante ("Proveedor") como del padre/guardian del estudiante autorizando el uso del medicamento y solicitando asistencia en su administración.

A excepción de ciertos medicamentos auto-inyectables ("epi-pen", "inhalador" o "insulina") autorizados para uso personal, los estudiantes no pueden automedicarse ni tener ningún medicamento recetado o sin receta mientras están en la propiedad del Distrito. A menos que se rija de otro modo por un IEP o un Plan de la Sección 504, se requiere que el padre/guardian y el estudiante completen esta Autorización y cumplan con sus obligaciones para mantener el privilegio otorgado por la Sección 49423 del Código de Educación. Además, de conformidad con la Sección 49480 y el Código de Educación esta Autorización, el/la enfermero/a de la escuela está autorizada a comunicarse con el Proveedor a continuación para resolver cualquier pregunta, problema o preocupación de seguridad con respecto al almacenamiento, manejo o administración adecuados del medicamento, y los posibles efectos del medicamento en el comportamiento físico, intelectual y social del estudiante, así como posibles indicios y síntomas conductuales de efectos secundarios adversos, omisión o sobredosis. Los empleados del Distrito también pueden comunicar la existencia de esta Autorización a los maestros y otros empleados que puedan supervisar al estudiante.

Información del Estudiante

Año Escolar: _____

Nombre del Estudiante: _____

Fecha de Nacimiento: _____

Identificación de la escuela: _____

Escuela: _____

El Grado: _____

Autorización de los Padres/ Guardiánes: Por la presente autorizo lo siguiente:

_____ El personal designado del Distrito puede ayudar a mi hijo con la administración, el control y las pruebas de medicamentos de acuerdo con las instrucciones y la aprobación del Proveedor a continuación.

_____ Mi hijo puede llevar y autoadministrarse una inyecciones de epinefra (EpiPen), un inhalador para el asma o insulina de acuerdo con las instrucciones y la aprobación del Proveedor a continuación.

La enfermera de la escuela puede comunicarse con el Proveedor y puede comunicarse con los empleados del Distrito con respecto a los posibles efectos del medicamento en el comportamiento físico, intelectual y social de mi hijo, así como los posibles signos y síntomas de comportamiento de los efectos secundarios adversos, la omisión del medicamento, o sobredosis.

Proporcionaré los medicamentos autorizados por el Proveedor en los contenedores originales de las recetas, etiquetados con el nombre del estudiante, el nombre del Proveedor que los recetó y el nombre del medicamento, la dosis, el método y el horario de administración. Si se trata de un medicamento sin recetas, se proporcionará en el contenedor original comprado. Recogeré cualquier medicamento restante el último día del año escolar.

Levantamiento de la Obligación de Responder:

Al firmar a continuación, libero al Distrito de cualquier reclamo contra el Distrito y su personal si mi hijo sufre una reacción adversa como resultado de la autoadministración de inyecciones de epinefra.

Entiendo que la sección 49407 del Código de Educación establece: "A pesar de cualquier disposición de cualquier ley, ningún distrito escolar, oficial de cualquier distrito escolar, director de escuela, médico u hospital que trate a cualquier niño inscrito en cualquier escuela en cualquier distrito será responsable por la tratamiento razonable de un niño sin el

consentimiento de un padre o tutor del niño cuando el niño está enfermo o lesionado durante el horario escolar regular, requiere tratamiento médico razonable y no se puede contactar al padre o tutor, a menos que el padre o tutor haya presentado previamente con el distrito escolar una objeción por escrito a cualquier tratamiento médico que no sea de primeros auxilios.” En la máxima medida permitida por la Sección 49407 y la ley de California, entiendo que renuncio a cualquier reclamo potencial que pueda tener contra el Distrito, sus funcionarios y empleados con respecto a su asistencia en cumplimiento de esta Autorización.

Se debe completar un nuevo Formulario de Autorización (1) cuando cambia un medicamento, la dosis, la frecuencia de administración o la manera de la administración; o (2) al comienzo de un nuevo año escolar. Puedo revocar esta Autorización, por escrito, en cualquier momento, enviando un aviso por escrito a Nurse Diane Gunther en dgunther@lakeportusd.org.

Fecha: _____

Nombre del Estudiante: _____

Nombre de Padre/ Guardián: _____

Firma: _____

Domicilio: _____

Teléfono de Casa: _____ **Teléfono Celular** _____

Contacto de Emergencia: _____ **Número de Teléfono de Emergencia:** ____

Autorización del proveedor (Para ser completada solo por un proveedor de California que emita la(s) receta(s))

Patient/Student Name: _____

DOB: _____

Name of Medication:	Dosage/Method of Admin./Time of Day	Discontinue Date:
#1: _____	_____	_____
#2: _____	_____	_____
#3: _____	_____	_____
#4: _____	_____	_____

Special Instructions/Storage/Administration Procedures/Precautions: _____

- #1: _____
- #2: _____
- #3: _____
- #4: _____

____ I authorize designated school district personnel to assist my patient with medication administration, monitoring, and testing according with these Instructions.

____ I authorize my patient to carry and self-administer __ an auto-injector epinephrine pen, __ an asthma inhaler, or __ insulin according to instructions I have provided to my patient. I further confirm that the patient is able to self-administer __ an auto-injector epinephrine pen, __ an asthma inhaler, or __ insulin according to such instructions.

Print Name of Provider

CA Medical License Number

Provider's Signature

NPI# _____

Provider's Telephone Number

ORP: ____ Yes _ No

Provider's Facsimile Number

Date: _____