

Autorización para la asistencia de la autoadministración de medicamentos

El Código de Educación de California ofrece para cualquier estudiante que requiera tomar, durante el día escolar regular, medicamento prescrito para él / ella por un médico cuando el distrito escolar recibe lo siguiente:

1. Una declaración escrita del médico detallando el método, cantidad y horario que el medicamento debe ser tomado.
2. Una declaración escrita del padre o tutor del alumno indicando el deseo de que el distrito escolar ayude al alumno en el asunto planteado en la declaración del médico.
3. El medicamento debe estar en un recipiente debidamente etiquetado con receta o el contenedor over-the-counter originales.
4. Esta versión es válida para el año escolar en curso.
5. Por favor, mantenga el colegio suficientemente abastecido con medicamentos del estudiante.
6. Cualquier medicamento que queda al final del año escolar debe ser recogido por los padres o será desechada.

Nombre del estudiante _____ Fecha _____

Grado _____ Maestro _____ Fecha de Nacimiento _____

El siguiente medicamento se le ha recetado para el estudiante arriba mencionado

Medicamentos #1 _____ Medicamentos #2 _____

Dosis _____ Dosis _____

Tiempo _____ Tiempo _____

Ubicación del Medicamento _____ Ubicación del Medicamento _____

Efectos secundarios _____ Efectos secundarios _____

Por favor de indicar si el niño arriba mencionado le permite llevar y ha sido entrenado para usar un inhalador de emergencia? Si _____ No _____

Por favor de indicar si el niño arriba mencionado le permite llevar y ha sido entrenado para usar una emergencia Epi-Pen? Si _____ No _____

Nombre del médico _____ Fecha _____

Firma del médico _____

- Voy a suministrar el medicamento en un envase original, etiquetado
- Por la presente doy permiso al personal escolar capacitado para ayudar al niño a tomar la medicación como indicado anteriormente.
- Por la presente doy permiso para que el médico nombrado arriba para intercambiar información médica acerca de mi hijo con la enfermera de la escuela con credenciales
- Yo libero al Distrito Escolar Forestville Unión y personal de la escuela de la responsabilidad civil si mi hijo sufre una reacción adversa como resultado de la auto-administración de los medicamentos antes mencionados. (Código de Educación 49423, 49423.1)

Padre / Tutor Nombre _____ Fecha _____

Firma del Padre / Guardián _____