

ASUNTO: FORMULARION DE MEDICAMENTOS DISPONIBLES A LA VENTA CON O SIN PRESCRIPCION MEDICA

Estimado Padre / Tutor:

Los padres de los estudiantes que requieren la administración de medicamentos durante el horario escolar, deben proporcionar una PRESCRIPCION MEDICA O LLENAR UN FORMULARION DE CONSENTIMIENTO PARA LA ADMINISTRACIÓN DE MEDICAMENTOS que este disponible en el archivo de oficina escolar.

Esta forma debe ser llenada y firmada por el padre/tutor, así como el médico del niño cada ciclo escolar, de esta manera el niño podrá ser asistido con la administración de medicamentos por parte del personal del distrito en la escuela. El médico autorizado debe contar con licencia en el estado de California.

Es responsabilidad del padre/tutor el proporcionar al plantel escolar toda la información necesaria y las instrucciones especiales por escrito, en relación con la administración de los medicamentos para su hijo. El padre/tutor debe notificar de inmediato a la escuela por escrito sobre cualquier cambio autorizado en el régimen médico del niño. También es responsabilidad de los niños a seguir las recomendaciones e instrucciones del médico, relacionados con la toma de medicamentos (por ejemplo, el niño es responsable de ir a la oficina a la hora establecida).

Al firmar la PRESCRIPCION MEDICA O LLENAR UN FORMULARIO DE CONSENTIMIENTO DE LA ADMINISTRACIÓN DE MEDICAMENTOS, el padre/tutor dará autorización a la enfermera del distrito u otro personal escolar designado, para poder comunicarse con el médico y/o farmaceuta, y hacer cualquier pregunta que pueda surgir con respecto a la medicación del alumno.

El medicamento debe estar en su envase original y traído a la escuela por el padre/tutor o un adulto autorizado. Todos los medicamentos controlados serán contados y se llevará un registro de medicamentos desde el momento de la entrega a la escuela.

Todos los medicamentos deben ser recogidos por un padre/tutor o un adulto autorizado al final del año escolar . Ningún medicamento se le dará a un estudiante para llevar a casa. La medicación que quede en la oficina de la escuela al final del año escolar será desechado.

Si usted tiene alguna pregunta , por favor comuníquese con la oficina escolar.

School: _____ Phone: _____ Fax: _____

**PLEASANTON UNIFIED SCHOOL DISTRICT
PRESCRIPTION OR OVER THE COUNTER MEDICATION CONSENT FORM
(Spanish Version)**

FORMULARIO PARA PADRES DE MEDICAMENTOS DISPONIBLES A LA VENTA CON O SIN PRESCRIPCION MEDICA

TO BE COMPLETED BY PARENT:

SECCION COMPLETADA POR EL PADRE/TUTOR:

Nombre del alumno _____ Fecha de nacimiento _____ ID # _____ Grado _____
Teléfono de casa _____ Teléfono del Trabajo / Celular del Padre _____

Este formulario debe ser llenado completamente y firmado cada año escolar por el padre / tutor del niño y por su medico, para que el niño pueda ser asistido con la administración de medicamentos por el personal del Distrito en cualquier escuela.

TO BE COMPLETED BY HEALTH CARE PROVIDER:

SECCION COMPLETADA POR EL MÉDICO :

Name of the Medication Dosage Method Schedule or Time the Medication Is Given

Purpose of the Medication Duration

Special Instructions: (i.e. storage, restrictions, and important side effects)

Name of the Medication Dosage Method Schedule or Time the Medication Is Given

Purpose of the Medication Duration

Special Instructions: (i.e. storage, restrictions, and important side effects)

Print Health Care Provider's Name

Health Care Provider Signature

Medical Office Stamp

Pursuant to Education code Section 49423, I authorize the teacher, principal, district nurse, health clerk or other designated school personnel to administer medication to my child according to the prescription/dosage instruction listed above.

En virtud del Código de Educación Sección 49423. Yo autorizo al maestro, director, enfermera del distrito, secretaria de salud u otro personal escolar asignado, para ayudar con la administración de medicamentos para mi hijo, de acuerdo a las intrucciones descritas en la receta médica/farmacéutica indicada anteriormente.

I UNDERSTAND AND AGREE TO: **ENTIENDO Y ESTOY DE ACUERDO CON:**

- 1 . Asumir la responsabilidad de conseguir el medicamento de mi hijo en su envase original, suministros y equipos a la oficina de la escuela
- 2 . Informar por escrito al personal del plantel escolar, acerca de cualquier información importante o instrucciones especiales relacionadas con la administración del medicamentos a mi hijo
- 3 . Informar inmediatamente al personal del plantel escolar de cualquier cambio en el regimen médico de mi hijo, autorizar al médico de que estoy dispuesto llenar un nuevo formulario
- 4 . Asegurarme de que mi hijo toma la responsabilidad de tomar el medicamento según las instrucciones
- 5 . Dividir el medicamento para tener una dosis correcta en el hogar
- 6 . Recoger todos los medicamentos al final del año escolar
- 7 . Este documento da autoridad a la enfermera del distrito u otro personal escolar designado, a consultar sobre el medicamento con el médico/farmacéuta que prescribe.

I HAVE READ AND UNDERSTOOD THIS FORM AND CONSENT TO THE ABOVE PROVISIONS.

HE LEÍDO Y COMPRENDIDO ESTE FORMULARIO Y DOY CONSENTIMIENTO A LAS DISPOSICIONES ANTERIORES .

Firma del Padre / Tutor _____

Fecha _____

Reviewed by _____ Date: _____ District Nurse Site Administrator