

**Student Support Services**

**FORMULARIO DE CONSENTIMIENTO DE ADMINISTRACIÓN DE MEDICINA**

Se solicita a los apoderados que administren medicinas en casa y en un horario diferente al horario escolar. Cuando sea necesario administrar prescripciones o medicinas regulares no prescritas durante el horario escolar, se requiere tener autorización por escrito de los padres y del médico. Esta autorización se proporciona al completar ambos lados de este Formulario de Consentimiento de Administración de Medicina. Se necesita seguir el siguiente procedimiento:

1. **Se otorga permiso a la enfermera de la escuela a contactar al médico/dentista si fuera necesario.**
2. **El apoderado recogerá todas las medicinas sin usar dentro de cinco días hábiles después de finalizar el año escolar , o se les destruirá debido a regulaciones de seguridad.**
3. Los apoderados **firmarán** la “autorización del padre/guardián” de abajo, la cual le otorga permiso a personal escolar designado para administrar medicina **regular o prescripción.**
4. El médico/dentista completará y firmará la autorización del médico/dentista (al reverso) para medicina **regular o prescripción.**
5. Un adulto **traerá** la medicina regular o prescripción a la escuela en el **envase original** con la etiqueta apropiada. No se aceptará medicinas en bolsitas de plástico, sobres u otros envases. (Si se solicita, el farmacéuta dividirá el medicamento en dos envases, uno para el uso de la escuela y el otro para el uso en la casa).
6. Las instrucciones en el formulario de autorización del médico/dentista deben ser iguales a las instrucciones en la etiqueta del envase. Los padres pueden terminar el acuerdo de consentimiento de administración de la medicina solamente mediante una nota por escrito
7. El personal de la escuela no aceptará medicina que la traiga un alumno. El apoderado o un adulto designado traerá la medicina a la escuela.
8. **Cada vez que haya un cambio en la potencia, dosis u horario del medicamento, se completará un nuevo formulario de consentimiento.**
9. Para las medicinas que se toman a largo plazo, el formulario de consentimiento lo **DEBE** completar el médico y los padres **cada nuevo año escolar.**
10. Un alumno puede llevar consigo y administrarse a sí mismo el medicamento **sólo** cuando el médico/dentista marca con sus iniciales la sección apropiada del formulario de consentimiento. Este privilegio se puede cancelar si se sabe que el alumno hace mal uso del medicamento y puede así ser un peligro a sí mismo y a los demás.
11. Los alumnos que asisten a la escuela de verano están cubiertos por formularios completados durante el año escolar actual. El apoderado es responsable de proporcionar la medicina y una **copia** del formulario de autorización como parte de la matrícula en la escuela de verano.

---

**AUTORIZACIÓN DEL PADRE/GUARDIÁN**

Soy el padre/guardián de \_\_\_\_\_  
(Nombre del Alumno)

Solicito al Distrito Educacional Costero Unificado de San Luis (DECUSL) que asista a mi hijo/a a tomar su medicina como se declara en la autorización del médico/dentista (reverso de este documento).

Acuerdo indemnizar y considerar inocente al DECUSL, sus agentes, funcionarios y empleados, de cualquier daño, enfermedad, o muerte que pudiera ocurrir como resultado de asistir con la administración del medicamento de acuerdo a las direcciones del médico.

**Teléfono del padre/madre** \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
**Nombre en letra imprenta**

\_\_\_\_\_  
**Firma**

\_\_\_\_\_  
**Fecha**

★ Administración de Medicinas Prescritas a alumnos (Código de Educación) E.E.49423... cualquier alumno que requiere tomar, durante las horas de clases regulares, medicinas prescritas por su médico, puede ser ayudado por la enfermera escolar u otra persona designada si el distrito escolar recibe (1) una declaración por escrito del médico detallando el método, cantidad, y hora del día en la cual esa medicina será administrada y (2) una declaración por escrito del padre/guardián del alumno indicando el deseo de que el distrito escolar asista al alumno en la declaración escrita por el médico.

**HEALTH CARE PROVIDER AUTHORIZATION**

Name of child (print): \_\_\_\_\_ Birth Date: \_\_\_\_\_

Name of medication (one medication per form): \_\_\_\_\_

Reason for medication (diagnosis): \_\_\_\_\_

Strength (mg, etc.): \_\_\_\_\_ Dosage (amount): \_\_\_\_\_

Time of day or frequency to be given at school: \_\_\_\_\_

For "as needed" (prn) medications, describe indications (symptoms) when to be used: \_\_\_\_\_

Method of administration (oral, topical, eye drops, etc.) and directions: \_\_\_\_\_

Possible side effects of medication: \_\_\_\_\_

**SELF-MEDICATION**

Student may carry and administer his own medication **ONLY** if ALL the items below are initialed by the physician/dentist:

- Medication is needed by student for immediate emergency condition (i.e. diabetes, asthma, anaphylaxis, migraines)
- It appears that the student is physically, mentally, and behaviorally capable to assume responsibility.
- Student has successfully demonstrated self-medication procedure to health care provider.

Additional comments/directions: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Health Care Provider (Print)                      Signature                      Date

\_\_\_\_\_  
Telephone Number                      Fax Number

\_\_\_\_\_  
Address

School Site: \_\_\_\_\_ School Year: \_\_\_\_\_ School fax: \_\_\_\_\_