

Alvord Unified School District – Health Services
Office: 951-509-5033 FAX: 951-509-6026

AUTORIZACION PARA MEDICAMENTOS RECETADAS Y SIN RECETA
ADMINISTRACION DE ESTAS EN LAS ESCUELAS DENTRO DEL CONDADO DE RIVERSIDE

Nombre del Estudiante	Fecha de Nacimiento	Grado	Escuela
-----------------------	---------------------	-------	---------

El **Código de Educación 49423** autoriza que cualquier estudiante que requiera tomar medicamento recetado por un medico durante el día regular de clases, puede ser ayudado por una enfermera escolar o por otro personal designado si el distrito escolar recibe (1) una declaración por escrito de dicho medico detallando el método, cantidad y horario en que se debe tomar el medicamento y (2) una declaración por escrito de parte del padre/guardián del estudiante indicando el deseo de que el distrito escolar ayude al estudiante en el caso establecido en la declaración del médico.

- Si su medico quiere que su hijo/a traiga consigo ya sea un inhalador para el asma o medicamento de emergencia (*auto-inyectable epinephrine, i.e. EpiPen*), El doctor, los padres y el estudiante, deben completar la Parte III del formulario.
- El Padre/madre o adulto representante designado por los padres debe traer todos los medicamentos recetados a la escuela en el envase de la farmacia etiquetado apropiadamente.
- El medicamento sin receta se debe traer en un envase sellado.
- Todos los medicamentos se mantendrán en la Oficina de Salud de la escuela con la excepción del medicamento designado en la Parte III, del formulario según recetado por el medico.
- El padre/guardián puede recoger el medicamento no usado al final del año escolar. Los medicamentos restantes después del último día de clases serán descartados apropiadamente.

PHYSICIAN AUTHORIZATION
ONE MEDICATION PER FORM

I. PRESCRIBED MEDICATION REQUIRED TO BE ADMINISTERED DURING SCHOOL HOURS
(ESTA SECCION DEBE SER COMPLETADA POR EL MEDICO) (THIS SECTION IS TO BE COMPLETED BY PHYSICIAN)

<i>Name of medication(s)</i>	<i>Health condition for which medication is prescribed</i>	
<i>Time(s) to be taken</i>	<i>Dosage</i>	
<i>Route of administration</i>	<i>Precaution-possible untoward reactions</i>	
<i>Date to be discontinued</i>	<i>Special storage instructions</i>	
<i>Name of physician (Please print)</i>	<i>Physician's telephone number</i> ()	<i>Fax number</i> ()
<i>Physician's signature</i>	<i>Date</i>	

II. ESTA SECCION DEBE SER COMPLETADA POR EL PADRE/GUARDIAN.
(DEBEN COMPLETAR LAS PARTES I y II)

Doy mi permiso para que mi hijo/a reciba el medicamento mencionado arriba en la escuela de acuerdo a la póliza de la Mesa Directiva del distrito y a los reglamentos administrativos, y estoy de acuerdo en mantener al Distrito Escolar unificado Alvord a sus oficiales y empleados libres de toda responsabilidad o reclamo, que pueda surgir de estos arreglos.

- Estoy de acuerdo en permitir la comunicación e intercambio de información médica pertinente, entre el proveedor de servicios médicos y la Enfermera Escolar implicada en el cuidado medico de mi hijo/a.
- Entiendo que puedo, en cualquier momento, por escrito, terminar este consentimiento para dicha administración del medicamento.

Firma del Padre/Guardián: _____ Parentesco: _____ Fecha: _____
Teléfono de casa: _____ Teléfono de celular: _____ Teléfono de trabajo: _____

NO SE ADMINISTRARA NINGUN TIPO DE MEDICAMENTO SIN LAS FIRMAS REQUERIDAS.

DEBEN RENOVAR ESTE FORMULARIO AL PRINCIPIO DE CADA AÑO ESCOLAR
O SIEMPRE QUE HAYA UN CAMBIO DE MEDICAMENTO O DE INSTRUCCIONES.