

DISTRITO ESCOLAR DE ESCONDIDO

AUTORIZACIÓN Y PLAN DE MEDICAMENTO

Este formulario es válido para el año escolar 20__ a 20__ Escuela _____

Todos los alumnos que reciben medicamento con receta médica o sin receta médica (over-the-counter medication) en la escuela, necesitan una Autorización y un Plan de Medicamento. Esta autorización sirve como un Plan de Servicios de Salud Individual [IHP] para los alumnos que reciben educación especial o como un Plan de Adaptación Educativo, según sea aplicable, y conforme a la Sección 504, para todos los demás alumnos. Se permite medicamento con receta médica o sin receta médica en la escuela, únicamente cuando se llene por completo y se archive este formulario de la Autorización y el Plan de Medicamento. Si hay un cambio en cualquiera de las condiciones de esta autorización, un nuevo formulario deberá ser llenado y firmado por el padre de familia Y por el proveedor de los servicios de salud autorizado. *****

DEBERÁ SER LLENADO POR EL PADRE DE FAMILIA O EL TUTOR LEGAL:

Nombre del alumno _____ Fecha de nacimiento: _____ Grado: _____

Nombre del padre de familia o del tutor legal: _____ Teléfono: C(____) _____

Dirección: _____ T(____) _____

Como el padre de familia o tutor legal del alumno anteriormente mencionado, solicito que un miembro nombrado del personal escolar haga disponible el (los) siguiente(s) medicamento(s) a mi niño tal como se indica en esta autorización, y conforme a las leyes del Estado de California.

También autorizo, según sea necesario, el intercambio de información médica relacionada a mi niño entre la enfermera de la escuela (o la persona nombrada) y el proveedor de servicios de salud que se indica a continuación. Cumpliré con los procedimientos que se describen al reverso de este formulario sobre la administración de medicamentos en las escuelas.

Firma del padre de familia o del tutor legal _____ Fecha _____

TO BE COMPLETED BY AUTHORIZED HEALTH-CARE-PROVIDER:

I hereby authorize a designated member of the school staff to assist in the administration of the following medication to the above student as follows:

Table with 6 columns: Medication, Dose, Route, Time, Diagnosis, Symptoms. Each column has a horizontal line for text entry.

Side effects that may be experienced (even if given as prescribed) include: _____

The above student has been instructed by me in the proper use of the above listed medication(s). In my professional opinion, the student MAY / MAY NOT carry and administer this medication him/herself. (THIS APPLIES ONLY TO THE USE OF INHALERS FOR ASTHMA AND/OR MEDICATION FOR USE IN EMERGENCY SITUATIONS OF ANAPHYLACTIC REACTIONS)

MD/DO/DDS/DPM/NP/PA _____ Printed Name of Physician CA License # _____

Address _____ Telephone # _____

Physician's Signature _____ Date _____

PROCEDIMIENTO PARA ADMINISTRAR MEDICAMENTOS A ALUMNOS EN LAS ESCUELAS

La manera de proceder para administrar medicamento con receta médica o sin receta médica (*over-the-counter medication*) a los alumnos durante el día escolar, se efectuará conforme a las condiciones a continuación:

1. Únicamente el medicamento que se le administrará al alumno, tal como haya sido recetado y autorizado por el médico en la manera indicada en este formulario, se puede traer a la escuela. (También se requiere el consentimiento, por escrito, de los padres de familia)
2. Tal medicamento podrá ser administrado y tomado directamente por el alumno, conforme a las instrucciones indicadas por el médico que se incluyen en este formulario.
3. El medicamento **NO PUEDE** ser traído por los alumnos a la escuela. Todo medicamento debe ser llevado a la escuela por el padre de familia, *el tutor legal* u otra persona adulta autorizada, por escrito, por el padre de familia o *el tutor legal* para entregar tal medicamento a la escuela.
4. El medicamento que se traiga a la escuela deberá ser traída en el envase o el frasco original de la receta o del fabricante, con los siguientes datos claramente indicados: (El padre de familia o *el tutor legal* quizás quiera pedirle al farmacéutico si él o ella podría darle un “estuche escolar” [*School Packaging*], es decir, un frasco o envase por separado que se administrará únicamente durante las horas de escuela.) *La etiqueta del medicamento deberá corresponder con la Autorización y el Plan de Medicamento.*
 - el nombre del alumno
 - el nombre del proveedor que receta el medicamento
 - el nombre de la farmacia que prepara el medicamento o el nombre del fabricante
 - la fuerza del medicamento y la cantidad que deberá administrarse (la dosis)
 - la vía de administración (oral, inhalado, tópico, etc.)
 - la hora indicada o la(s) situación(es) indicadas en se administra el medicamento
5. Si la dosis de medicación requiere la división de pastillas, las únicas pastillas que pueden ser partidas son aquellas que sean marcadas. Las pastillas marcadas pueden ser partidas en la mitad solamente, usando un dispositivo comercial que parte pastillas.
6. El padre de familia o *el tutor legal* deberá contar las pastillas y también firmar el registro de medicamento (*Medication Log*) cuando se traiga(n) el (los) medicamento(s) a la escuela.
7. El formulario de la Autorización y Plan de Medicamento, llenado por completo y firmado por el solicitante, deberá acompañar el medicamento que se entregue a la escuela. Se permiten copias facsímiles, hasta que la copia original firmada por el solicitante sea recibida por la escuela. *La Autorización y Plan de Medicamento y la etiqueta médica deberá tener el mismo nombre del medicamento, la dosis, la vía y las horas de administración.*
8. Todos los medicamentos deberán mantenerse en un lugar seguro. Cualesquiera instrucciones especiales para guardar el medicamento o cualesquiera otras medidas de seguridad deberán ser indicadas, por escrito, por el médico y entregadas al personal administrativo escolar.
9. Los alumnos que lleven y administren su propio medicamento deberán asegurarse que el médico indique su consentimiento en al reverso de este formulario y *deberán tener la previa aprobación del director escolar.* *El personal administrativo de la escuela y la enfermera escolar deberán estar enterados que el alumno tiene en su posesión el medicamento o el inhalador mientras que se encuentra dentro del plantel escolar.*
10. Se debe llenar un nuevo formulario de la Autorización y Plan de Medicamento en caso de cualquier cambio en la dosis, las horas, o la vía de administración. Las autorizaciones de los medicamentos serán válidas *únicamente* durante el año escolar corriente o hasta que la fecha de suspensión indicada por el médico que receta el medicamento. *Si se deja de administrar el medicamento, se deberá entregar una autorización médica a la escuela.*
11. Los medicamentos deben ser recogidos por el padre de familia o por el tutor legal dentro de un día del fin del año escolar, o serán descartados.
12. Para los alumnos que reciben educación especial y cuentan con un plan de educación individualizado [*IEP*] corriente, esta autorización sirve como plan de servicios de salud individual [*IHP*], que se agregará al expediente individual de educación especial.
13. Se permite que los alumnos se apliquen bloqueador solar (sunscreen) durante las horas de escuela, sin autorización o receta médica.