

Medicamento(s) en la Escuela

WASHINGTON UNIFIED SCHOOL DISTRICT



Nombre de Estudiante: _____ Fecha de Nacimiento: _____ Grado: _____

Estimado padre:

Código de Educación Sección 49423 define una serie de requisitos para la administración de la medicación. "... Cualquier alumno que necesite tomar, durante el día escolar regular, la medicación prescrita para él o ella por un médico y cirujano, podrá ser asistido por la enfermera de la escuela u otro personal escolar designado o puede llevar consigo y auto-administrarse medicación inhalado para el asma si el distrito escolar recibe (1) ... una declaración por escrito del médico y cirujano detallando el nombre del medicamento, el método, cantidad, y horario en que el medicamento debe ser tomado y (2) una declaración por escrito del padre, padre adoptivo o guardián del alumno que solicita que el distrito escolar ayude al alumno en los asuntos establecidos en la declaración del médico y cirujano ".

El medicamento debe estar claramente etiquetado y mandado a la escuela en el envase de la farmacia.

Al comienzo de cada año o al entrar a una escuela la forma de Medicamento(s) en la Escuela debe estar completamente renovada.

Petición de Padres

Los firmantes, que son padres / guardianes de _____, solicitamos que la enfermera de la escuela o el personal designado de la escuela ayuden al alumno en los asuntos establecidos en la declaración del médico y / o cirujano. Si es así, aprobado por el médico, nosotros consentimos que nuestro hijo/hija cargué y se administre inhaladores de medicación para el asma. En el caso de una reacción adversaria, inoportuna, y con continuación, se entiende que el personal de la escuela y el distrito escolar no se hacen civilmente responsables de llevar a cabo esta solicitud. También damos permiso para que la enfermera o personal escolar designado a consultar con el médico respecto a cualquier pregunta que pueda surgir con respecto a la medicación enumerada a continuación. También estamos de acuerdo en notificar inmediatamente a la enfermera de la escuela y/o personal escolar designado si hay algún cambio en el medicamento, la dosis, hora, método de administración, límite de tiempo, o condición de la administración para el estudiante.

Firma

Número de Teléfono

Fecha

ESTA PARTE DEBE SER LLENADO POR UN PROFESIONAL DE LA SALUD AUTORIZADO (LHP) PRESCRIPCIÓN EN EL ÁMBITO DE SU AUTORIDAD PRESCRIPTIVA

Nombre del Medicamento: _____ Dosis: _____

Tiempo de la Administración: _____ Si es "cuando necesario", indique el período de tiempo mínimo entre dosis: _____

Método de Administración: _____ Efectos posibles secundarios de los medicamentos: _____

Si es aplicable, solicito y autorizo a este estudiante que mantenga la medicación del asma prescrito en su persona. **Sí / No**

Solicito y autorizo que este estudiante ha sido entrenado, y es capaz de administrarse la medicación. **Sí / No**

Diagnóstico o condición para la medicación: _____

Solicito y autorizo al estudiante mencionado anteriormente que le administren el medicamento identificado anteriormente con acuerdo a las instrucciones indicadas de _____ (fecha) a _____ (fecha) (sin exceder este año escolar). Existe una razón de salud válida que puede hacer la administración de la medicación recomendable durante el horario escolar.

Firma del Profesional de Salud Autorizado

Número de Teléfono

Fecha

Para obtener información adicional, por favor póngase en contacto con el personal escolar siguiente:

Nombre: _____ Título: _____ Teléfono: _____

**American Union
Elementary School**
2801 W. Adams Ave.
Fresno, CA 93706

**West Fresno
Elementary School**
2910 S. Ivy Ave.
Fresno, CA 93706

West Fresno Middle School
2888 S. Ivy Ave.
Fresno, CA 93706

**Washington Union High
School**
6041 S. Elm Ave.
Fresno, CA 93706

Phone: (559) 495-5650
Fax: (559) 267-5708

Phone: (559) 495-5635
Fax: (559) 233-6446

Phone: (559) 495-5635
Fax: (559) 485-3006

Phone: (559) 485-8805
Fax: (559) 485-4435