

AVISO SOBRE MEDICAMENTOS A TOMAR DURANTE LAS HORAS DE LA ESCUELA



La Ley Requiere lo Siguiente Tocante el Tomar Medicamento Durante las Horas de Escuela:

No se les permite a los estudiantes y traer cualquier medicina a la escuela con ellos para ser administrada por ellos mismos. Si se requiere que el estudiante tome alguna medicina no-recetada por el doctor como aspirinas, pastillas para alergias, etc. el padre o guardián tiene que traer la medicina a la escuela y dársela al estudiante.

Si el estudiante tiene que tomar medicina recetada por el doctor durante las horas de escuela, lo siguiente se aplica:

La forma para **Autorización para la Administración de Medicamentos Durante el Horario Escolar** se tiene que obtener a la secretaria de la escuela y ser completada, firmada por el padre y el doctor que receta la medicina, y ser regresada a la oficina de la escuela juntamente con la medicina que se estará administrando al estudiante. Si un estudiante necesita medicación auto administrada, durante el horario escolar, a continuación, una forma **Auto- Administración Medicación** también debe ser completado y firmado, por el médico la prescripción y los padres.

Personal de la escuela será entrenada entonces podrá administrar el medicamento a la hora prescrita y mantener un registro de esto en una tarjeta de medicación en la oficina de la enfermera.

El medicamento debe estar en el recipiente en el que se adquirió con la farmacia o la etiqueta del fabricante adjunta y debe ser prescrito para el estudiante que va a tomar el medicamento. La etiqueta indicará: nombre del estudiante, fecha, nombre del medicamento, la dosis, el momento de ser tomada, instrucciones especiales y nombre del médico. No hay medicamentos (incluyendo el exceso de medicamentos de venta libre) se dará en la escuela sin una receta proveedor de atención médica actual.

****** Sé hará todo el esfuerzo por el personal de la escuela para administrar la medicina en el horario y la dosis requerida. Pero, la responsabilidad primero caí sobre el estudiante, de reportarse con el personal apropiado de la escuela para recibir su medicina. Si la medicina es tan seria, que si se le pasa al estudiante la hora de tomarla, le va causar una reacción extraordinaria, el padre o la madre deben hacer una arreglo para ellos poder darle la medicina al estudiante o alguna otra persona que no es de la escuela, que ellos quieran designar.**

DISTRITO ESCOLAR UNIFICADO RIVER DELTA

AUTORIZACIÓN PARA LA ADMINISTRACION DE MEDICAMENTOS DURANTE EL HORARIO ESCOLAR*
Individualizado de Salud y Plan de Apoyo (ISHP)

Este formulario debe ser completado con el proveedor de atención médica y las firmas padre / guardian antes de cualquier medicamento se puede tomar en la escuela.

California Código de Educación 49423 permite a la enfermera de la escuela u otro personal escolar designado para ayudar a los estudiantes que tengan que tomar medicamentos durante el día escolar como delegado por el proveedor de atención médica. Este servicio se proporciona para permitir que el estudiante permanezca en la escuela y para mantener o mejorar el potencial de la educación y el aprendizaje.

El medicamento debe estar en el recipiente en el que se adquirió con la farmacia o la etiqueta del fabricante adjunta y debe ser prescrito para el estudiante que va a tomar el medicamento. La etiqueta indicará: nombre del estudiante, fecha, nombre del medicamento, la dosis, el momento de ser tomada, instrucciones especiales y nombre del médico. No hay medicamentos (incluyendo el exceso de medicamentos de venta libre) se dará en la escuela sin una receta proveedor de atención médica actual.

Nombre del Alumno: _____ FDN: _____
Historial Medico #: _____ Escuela: _____

PARA SER COMPLETADO POR EL PROVEEDOR DE SALUD:

Utilice un formulario por medicamentos

AL MEDICO: Nota: Siempre que sea posible, por favor prescribir la medicación que se puede dar fuera de la jornada escolar. Si el medicamento debe ser administrado durante el horario escolar, por favor complete la siguiente información:

Diagnóstico: _____ Fecha de Examen: _____

Medicamento Prescrito: _____

Dosis: _____ Horario(s) para administrar: _____ Rutina: _____

Efectos Secundarios: _____

Signos y síntomas para los cuales un (según sea necesario) medicamentos PRN es que deben adoptarse: _____

¿Qué tan pronto se puede repetir: _____

Duración del programa de medicamentos (máximo un año): _____

La administración de este medicamento puede ser delegada al personal de asistencia sin licencia, en ausencia de una enfermera con licencia, como enfermera con licencia no suele estar disponible para dar medicamentos.

La firma del Medico: _____ Fecha: _____

Imprima/Nombre del Medico: _____ Licencia No: _____

Domicilio: _____ Telefono: _____

PARA SER COMPLETADO POR EL PADRE / GUARDIAN:

Mi firma verifica lo siguiente:

1. Yo soy el padre o tutor legal del alumno nombrado arriba.
2. Autorizo a mi hijo reciba la medicación según lo autorizado anteriormente.
3. Estoy de acuerdo en entregar la medicación de mi hijo con el personal apropiado de la escuela como se describe anteriormente.
4. El distrito escolar no es responsable de los resultados o efectos secundarios de la medicación. El distrito escolar no es responsable de recordar al estudiante para tomar la medicación. El maestro se aconseja que necesitará el estudiante para ser liberado de la clase cuando el estudiante indica que es hora de que el medicamento que debantomarse.
5. Yo doy mi permiso para que el intercambio de información confidencial con respecto a mi hijo entre River Delta Distrito Escolar Unificado y el profesional de la salud antes mencionado en relación con el medicamento anteriormente.
6. La escuela se notificará de inmediato si se produce un cambio en el proveedor de atención médica, medicamentos, o instrucciones.
7. A cambio de la asistencia del distrito escolar en la administración del medicamento a mi niño, por la presente renuncio en mi propio nombre y en nombre de mi niño, el derecho a mantener cualquier acción legal por daños y perjuicios contra el distrito escolar de cualquier efecto adverso que la medicación puede tener sobre mi hijo.

Padres/Tutor Firma: _____ Fecha: _____

Domicilio: _____ Teléfono de casa: _____ Teléfono Celular: _____

Este formulario debe ser renovado cada vez que cambia la prescripción y al comienzo de cada año escolar.

***Una forma Completado " Medicamentos de Auto-Administración" debe acompañar este formulario para que un estudiante de llevar y administrar la automedicación.**