

**MEDICAMENTOS PRESCRITOS ADMINISTRADOS EN LA ESCUELA**

\*Apellido del Estudiante, Nombre

\*Fecha de Nacimiento

\*Escuela/Academia/Maestro de Registro/Grado

\*Alergias

**CONSENTIMIENTO DE LOS PADRES PARA LA ASISTENCIA CON MEDICAMENTOS ADMINISTRADOS POR EL PERSONAL DE LA ESCUELA PARA SER COMPLETADO POR PADRE O GUARDIÁN**

**Consentimiento de los padres o tutores:** Solicito a la enfermera de la escuela de Venture Academy Family of Schools (VAFS) u otro personal escolar sin licencia designado para ayudar a mi hijo/a a administrar el medicamento según lo prescrito a continuación por el médico. Mi firma confirma que se requiere que este medicamento se administre durante el día escolar ya que es un medicamento de emergencia, dado por razones de salud específicas, y/o de otra manera requeriría que mi hijo permanezca en casa. Mi firma en este formulario le da permiso a VAF para hablar con el médico de mi hijo sobre la(s) afección(es) médica(s) tratada(s) por los medicamentos enumerados a continuación. **Reconozco que esta receta es válida por un año (Código de Ed. § 49423).**

**Entiendo que es mi responsabilidad:** Código de Educación de California #33308.5, 49400 y 49423 (Departamento de Educación de California, Asesor del Programa de Administración de Medicamentos, mayo de 2005)

- Hacer que el médico de mi hijo complete este formulario y reconozca que debe devolverse a la enfermera de la escuela con el medicamento antes de que se le pueda administrar cualquier medicamento.
- Asegurarme de que el medicamento esté en el envase original con una etiqueta de farmacia que incluya el nombre de mi hijo, el nombre del médico que lo recetó, la fecha, el diagnóstico, el nombre del medicamento, la dosis, el tiempo y las instrucciones de uso especiales. Los medicamentos de venta libre deben estar en un envase original sin abrir con el nombre de mi hijo. El padre/tutor debe proporcionar todos los medicamentos, equipos relacionados y suministros para administrarlos. Los estudiantes no pueden transportar medicamentos, solo los padres/guardián pueden hacerlo, con la excepción de los estudiantes que pueden llevar sus medicamentos en persona en todo momento. El padre/ guardián también debe recoger el medicamento discontinuado y/o al final del año escolar. De lo contrario, se eliminarán los medicamentos abandonados de acuerdo con las leyes estatales y locales.
- Notificar a la enfermera de la escuela de cualquier cambio en los medicamentos, dosis, frecuencia, hora(s), motivo de la administración, cambio de estado de salud o proveedor de atención médica. Los padres/guardián debe proporcionar documentación escrita de estos cambios, que debe incluir un nuevo formulario de pedido, el consentimiento escrito de los padres y una etiqueta/envase de farmacia actualizado.
- Proporcionar una notificación por escrito de la solicitud para discontinuar un medicamento. Cualquier solicitud para reiniciar el medicamento requerirá una nueva autorización por escrito del médico y el padre.
- Yo, en nombre de mí, mi hijo, nuestros herederos, albaceas y cesionarios, por la presente acepto eximir de responsabilidad, liberar y obligar a no demandar a la Oficina de Educación del Condado de San Joaquin (Venture Academy), sus funcionarios, empleados y agentes, por cualquier y toda responsabilidad, reclamo o causa de acción de cualquier naturaleza, que incluye pero no se limita a lesiones personales o muerte por dosis perdidas o rechazadas o por los efectos secundarios resultantes del medicamento(s), que pueden resultar de la asistencia del distrito para administrar el medicamento o la autoadministración de medicamentos de mi hijo.

\* Firma del Padre/Guardián

\* Nombre impreso del Padre/Tutor

\*Fecha

\*Número de teléfono

\*Por la presente doy mi consentimiento y reconozco que mi hijo/a puede autoadministrarse de forma segura los siguientes medicamentos de forma independiente.  Sí.  No

**AUTORIZACIÓN ESCRITA DEL MÉDICO PARA SER COMPLETADO POR UN PROVEEDOR AUTORIZADO DE ATENCIÓN MÉDICA**

**Consentimiento del médico:** Estimado doctor, según el Código de Educación de California # 33308.5, 49400 y 49423, necesitamos la siguiente información para autorizar a la enfermera y / u otro personal escolar sin licencia a dispensar medicamentos recetados en la escuela, incluyendo medicamentos de venta libre:

\*¿Se requieren medicamentos durante el día escolar?  Yes  No

\*¿Este niño puede autoadministrarse los siguientes medicamentos?  Yes  No

*Esta orden permanecerá vigente durante un año, hasta que cambien las órdenes, o hasta: 8/06/2019*

	Medicación	Dosis	Hora	Ruta	*Diagnóstico	S/S para PRN Med	Posibles Efectos Secundarios
Medicamento escolar #1							
Medicamento escolar #2							
Medicamento escolar #3							

\*Nombre impreso del Médico

\*Número de NPI

\*Dirección

\*Código Postal

\* Número de teléfono

 \*Firma del Médico *\*(NP debe incluir # de mobiliario; PA debe incluir información de supervisión médica)*

\*Fecha

\***INFORMACIÓN REQUERIDA:** Si no se completan todas las áreas, se retrasará la implementación de las órdenes hasta que toda la información se reciba por escrito. Cualquier cambio en los medicamentos, dosis o tiempo debe ser autorizado por escrito por el médico y entregado al personal de la escuela (enfermera de la escuela).

**AVISO A LOS PADRES/GUARDIÁN:** Los padres/guardián legales tienen el derecho legal de venir a la escuela a administrar medicamentos a sus hijos según lo consideren necesario. Sin embargo, si desea que su hijo tome **CUALQUIER TIPO** de medicina en el recinto escolar (incluidos medicamentos sin receta médica como Tylenol, Benadryl, vitaminas, Tums o pastillas para la tos), según las leyes de California, debe seguir estos pasos [Código de Educación de California # 33308.5, 49400 y 49423 (*Asesor del Programa de Educación del Departamento de Educación de California sobre Administración de Medicamentos, mayo de 2005*)]:

PASO 1: Lleve este formulario a su proveedor de atención médica.

PASO 2: Su proveedor de atención médica debe completar los formularios **COMPLETAMENTE Y CORRECTAMENTE**.

PASO 3: Verifique la etiqueta del medicamento y el formulario que el proveedor de atención médica complete. El nombre del medicamento, la potencia del medicamento, la dosis, el programa y el nombre del niño deben coincidir con lo que está escrito en los formularios. No podemos ayudar a administrar medicamentos si la etiqueta del medicamento no coincide con la declaración del médico en el formulario. **El proveedor de atención médica debe firmar todos los formularios.**

PASO 4: **El padre/guardián debe firmar todos los formularios y dárselos a la enfermera escolar en la sala de la oficina principal # 19 con los medicamentos y suministros necesarios para cumplir con la solicitud.** Se prefiere que el medicamento y la solicitud de asistencia con la prescripción de administración de medicamentos se entreguen en una bolsa ziploc etiquetada con el nombre del niño y una foto del niño.

PASO 5: Es responsabilidad del padre deshacerse de todos los contenedores vacíos de medicamentos. **El padre también debe recoger todos los medicamentos al final de cada año escolar o se eliminarán de acuerdo con las ordenanzas estatales y locales. Los medicamentos no se llevarán a cabo durante el verano del siguiente año escolar. Si su hijo requerirá medicamentos durante la escuela de verano, de le a saber a la enfermera de la escuela lo antes posible.**

**SÓLO ENVÍE MEDICINA QUE SU HIJO/A ABSOLUTAMENTE NECESITA HABER ADMINISTRADO DURANTE LAS HORAS REGULARES DE LA ESCUELA.**

**Ejemplo:**

**Medicación 1**

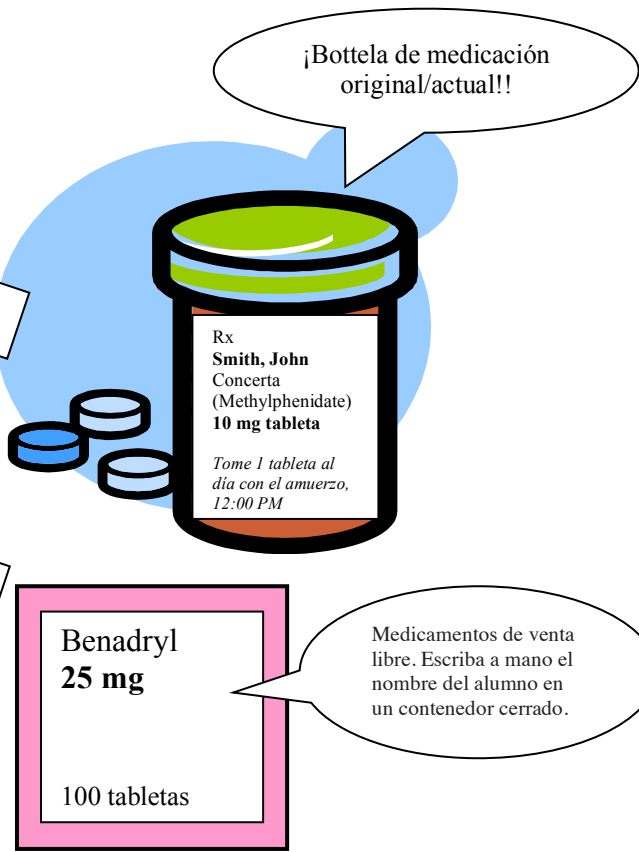
Estado de salud: ADHD  
 Nombre de la medicación: Concerta (Methylphenidate)  
 Dosis (# mg, ml, de bocanadas, etc.): 1 Tab. 10 mg  
 Duración(es) de la administración: Con almuerzo, 12:00 PM

**Medicación 2**

Estado de salud: Alergias estacionales al polvo, polen, y árboles.  
 Nombre de la medicación: Benadryl (Diphenhydramine)  
 Dosis (# mg, ml, de bocanadas, etc.): 1 tableta, 25 mg  
 Duración(es) de la administración: Según se necesario para estornudar, goteo nasal, ojos rojos/llorosos/con comezón, congestión.

*Esta orden permanecerá vigente durante un año, hasta que cambien las órdenes, o hasta: 8/6/2019*

Firma del doctor: Tom Jones      Sello de MD Oficina  
 Fecha: 6/1/2018  
 Firma de los padres: Alice Smith  
 Fecha: 6/1/2018



\* Revisado por: Nombre Impreso (Enfermera Escolar/Personal)

\* Firma de revisores

\*Fecha

Foto del estudiante junto a su(s) medicamento(s).