 **PALM SPRINGS UNIFIED SCHOOL DISTRICT - HEALTH SERVICES**

 150 District Center Drive, Palm Springs, California 92264. (760) 883-2703 FAX (760) 325-8730

 **AUTORIZACION PARA ADMINISTRACION DE MEDICAMENTOS EN LA ESCUELA**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Nombre de Estudiante**  | **Fecha de Nacimiento**  | **Grade**  | **School**  | **Date** |

|  |
| --- |
| **Código Educativo49423** Cualquier estudiante que requiere tomar, durante el día regular de clases, medicamento recetado por un doctor, puede ser ayudado por la enfermera de la escuela u otro personal asignado si el distrito escolar recibe (1) una declaración escrita por dicho doctor detallando el método, cantidad y el horario por el cual dicho medicamento debe ser tomado y (2) una declaración escrita del padre/tutor del estudiante indicando su deseo de que el distrito escolar ayude al estudiante en seguir las instrucciones dadas por el doctor.**\*Código Educativo 49423 (c)** Cualquier estudiante puede recibir acción disciplinaria conforme a la Sección 48900 si ese alumno usa un inhalador o epinefrina auto-inyectable en una forma distinta a la prescrita.**Todas las declaraciones escritas serán automáticamente suspendidas al final del año escolar después de la escuela de verano. Se requieren nuevas declaraciones escritas cada año escolar.** |

**\*\*PHYSICIAN USE ONLY\*\***

|  |
| --- |
| **1. Medication: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Dose: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Reason/Diagnosis: \_\_\_­­­­­­­­­­­­­­­­­\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_****Route: □ Oral □Inhale □Nasal □Topical □ Intramuscular □Other \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** **Medication Start Date: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Stop Date: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_****□ If DAILY, Time (s) to be given: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_****□ If AS NEEDED (prn), Frequency: □ Every 4 to 6 hrs. □ Every 6 to 8 hrs. □ Other \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_****FOR INHALER or EPINEPHRINE AUTO-INJECTORS ONLY.** **□** Self- Carry - **Student demonstrates competence. ●** (**NOT** recommended in elementary school)**□** Stored in the Health OfficeOther instructions or precautions-possible reactions: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| **2. Medication: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Dose: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Reason/Diagnosis: \_\_\_­­­­­­­­­­­­­­­\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_****Route: □ Oral □Inhale □Nasal □Topical □ Intramuscular □Other \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** **Medication Start Date: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Stop Date: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_****□ If DAILY, Time (s) to be given: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_****□ If AS NEEDED (prn), Frequency: □ Every 4 to 6 hrs. □ Every 6 to 8 hrs. □ Other \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_****FOR INHALER or EPINEPHRINE AUTO-INJECTORS ONLY****□** Self- Carry - **Student demonstrates competence. ●** (**NOT** recommended in elementary school)**□** Stored in the Health OfficeOther instructions or precautions-possible reactions: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_­­­­­­­­­­­­­­­\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| **Physician Signature: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Date: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_****Print Physician Name: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Phone: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_****Address: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Fax Number:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_****City: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Zip: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** |

 **Page 1 of 2**

**POR FAVOR COMPLETE LOS DOS LADOS**

**Revised 8/18**

**Petición de PADRE- COMPLETE ESTAFORMA**

**Para asistencia con Medicamentos en la Escuela**

**Responsabilidad Del Padre O Tutor**

1. **Se recomendará que los padres/tutores cooperen con el médico buscando un horario para que la administración de medicamento en la escuela sea mínima o se elimine.**
2. **Los padres/tutores serán los responsables de surtir y transportar la medicina a la escuela.**
3. **Los padres/tutores pueden administrar el medicamento a su hijo en el horario acordado con la escuela. A los estudiantes se les prohíbe llevar en su persona medicina recetada o comprada cuando están en la escuela.**
4. **Los padres/tutores pueden recoger medicamentos sobrantes en la oficina de la escuela a cualquier hora y a fin de año. La medicina que no se recoja se tirará.**
5. **Cada medicamento debe estar en su propio envase de farmacia prescrito para el estudiante por un proveedor de cuidado de salud licenciado de California.**
6. **Cada medicamento de venta libre debe estar en su envase original cerrado y recetado para el estudiante por un proveedor de cuidado de salud licenciado en California.**

**El padre o tutor debe completar esta forma antes de que cualquier medicamento (recetado o de venta libre) se suministre o provea en la escuela. Esta forma debe ser renovada al comienzo de cada año escolar o con cualquier cambio de medicamento.**

**Nombre de Estudiante: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Petición de Padre para recibir asistencia con Medicamento**

|  |
| --- |
| Yo entiendo que las regulaciones del distrito escolar requieren que los medicamentos para estudiantes se mantengan en un lugar seguro, bajo la dirección de un empleado adulto del distrito escolar, y no se lleva en la persona del estudiante (con la excepción de inhaladores y epinefrina auto-inyectable acompañado por instrucciones médicas adecuadas).Todas las declaraciones escritas médicas serán automáticamente descontinuadas al final del año escolar-escuela de verano. Se requieren nuevas órdenes cada año escolar. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ **A. Para MEDICAMENTOS QUE SE MANTIENEN EN LA OFICINA ESCOLAR DE SALUD solamente:**Por la presente solicito que el personal de la escuela de mi hijo asista en la administración de medicamentos de mi hijo durante las horas de clase como se indica en las instrucciones del médico. También doy permiso para contactar al médico para consultar e intercambiar información, según sea necesario.**Firma de padre Fecha: Numero****o guardián:** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ **Telefónico:** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| **B. Para INHALADORES / EPINEFRINA AUTO-INYECTABLE CARGADO POR PERSONA solamente:** Por la presente solicito que mi estudiante cargue y se auto-administre su inhalador o auto-inyector. Entiendo que si mi estudiante no sigue las reglas y responsabilidades de llevar su medicación, él / ella perderá el privilegio de llevar tal medicamento\*. También doy permiso para contactar al médico para consultar e intercambiar información, según sea necesario.**Firma de Padre Fecha: Numero****o guardián:** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ **Telefónico:** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |

**Contrato Estudiantil – Inhaladores Solamente**

Me comprometo a mantener mi medicina en un lugar seguro, como en mi persona, en todo momento. Estoy de acuerdo en que NUNCA compartiré mi medicamento con otro estudiante. Si estoy usando mi inhalador más de una vez al día o si no me siento mejor después de usar el inhalador, iré a la oficina de salud.

**Firma de Estudiante: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Nombre Escrito: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**POR FAVOR COMPLETE LOS DOS LADOS**

**Page 2 of 2**

**Revised 8/18**