



Distrito Escolar Unificado de Santa Ana
División de Plan de Estudios e Instrucción
Departamento de Educación Especial/Servicios de Salud

Solicitud para la administración de medicamentos (Padres de familia o médico)

Nombre del alumno(a) _____ Fecha de nacimiento _____
Escuela _____ Maestro(a) _____ Grado _____

**SOLICITUD PARA LA ADMINISTRACIÓN DE MEDICAMENTOS
REGULARES O CON PRESCRIPCIÓN MÉDICA**

El código #49423 del Departamento de Educación en California permite a la enfermera escolar u otra persona designada por la escuela para ayudar a los alumnos que requieran tomar medicamentos durante el horario escolar. Este servicio se ofrece con el fin de ayudar al alumno(a) a permanecer en la escuela y mantener o mejorar su potencial para la educación y el aprendizaje.

Por la presente solicito se le administre a mi hijo(a) el medicamento correspondiente de acuerdo a la prescripción del doctor. Entiendo que dicho medicamento será administrado por la persona designada por la escuela bajo la supervisión de la enfermera escolar certificada. Notificaré inmediatamente a la escuela y enviaré un nuevo formato si hubiese cambio de medicina, cambio de dosis, cambio en el horario en la administración del medicamento y/o cambio de doctor. Autorizo a la enfermera de la escuela a intercambiar con el doctor información relacionada al medicamento. La enfermera escolar puede aconsejar al personal de la escuela todo lo referente a los medicamentos y sus posibles efectos.

El alumno(a) puede traer consigo medicamentos para emergencia tales como el EpiPen o inhaladores cuando hayan sido recomendados por un médico autorizado y por los padres de familia. El medicamento de repuesto debe permanecer en la escuela para usarse en caso de emergencia. Exonero al Distrito y al personal de la escuela de responsabilidad civil si mi hijo(a) sufre una reacción adversa como resultado de administrarse por sí mismo el medicamento.

Firma del Padre / Tutor _____ Fecha _____
Teléfono (trabajo) _____ (Casa) _____

AUTHORIZED HEALTH CARE PROVIDER REQUEST FOR ADMINISTRATION OF MEDICATION

Reason for Medication _____

Medication _____ Dose _____ Route _____ Time _____

If PRN: Amount of time between doses _____ Maximum number of doses _____ per day.

Possible medication reactions _____

Instruction for emergency care _____

Authorized Health Care provider Signature

Telephone _____ Date _____

Date to Discontinue Medication _____



Office Stamp

Regarding EpiPen/Inhalers: It is my professional opinion that this student should be permitted to carry/self administer this emergency EpiPen/Inhalers. This student has been instructed in, and demonstrates an understanding of proper usage.

Health Care Provider Initials _____

SCHOOL USE:

Reviewed by _____ Date _____

Esta solicitud es válida por el máximo de un año.