

Appleby  
10321 Vernon Ave  
(760)922-7174  
(760)922-0504 F

Margaret White  
610 N. Broadway  
(760)922-5159  
(760)922-1367 F



Ruth Brown  
241 N. Seventh  
(760)922-7164  
(760)922-0636 F

Palo Verde High  
667 N. Lovekin  
(760)922-7148  
(760)922-8916 F

Administración de Medicamentos y Responsabilidad Desvincular

Año Escolar 2024-25

La Sección 49423 del Código de Educación de California permite a los estudiantes tomar medicamentos recetados por un médico durante el día escolar, recibir asistencia del personal escolar designado con el medicamento o llevar y auto administrar CIERTO medicamento cuando el padre o tutor del estudiante lo autorice por escrito., junto con el médico.

NOMBRE DEL ESTUDIANTE: \_\_\_\_\_ FECHA DE NACIMIENTO: \_\_\_\_\_

DIRECCIÓN ACTUAL: \_\_\_\_\_ NÚMERO DE CONTACTO: \_\_\_\_\_

AUTORIZACIÓN DE PADRES O TUTORES (Consulte la página 1 para conocer los requisitos de medicamentos)

De acuerdo con el Código de Educación 49423 secciones (a), (b 1, 2 y 3) y (c), 49423.1 secciones (a), (b 1, 2 y 3) y (c) y 49407, I, el abajo firmante, el padre o tutor del estudiante mencionado anteriormente autoriza:

\_\_\_\_ Una enfermera escolar, enfermera o personal escolar designado para ASISTIR a mi hijo con la administración de medicamentos, el monitoreo y las pruebas de acuerdo con las instrucciones y la autorización del médico a continuación.

\_\_\_\_ SI ES APLICABLE, mi hijo LLEVE Y, O ADMINISTRADOR AUTOMÁTICO: epinefrina auto inyectable ( ) medicamento inhalado para el asma ( ) de acuerdo con las instrucciones y la autorización del médico a continuación.

De acuerdo con el Código de Educación de California 49407, por la presente LIBERO, DESCARGO Y MANTENGO SIN RESPONSABILIDAD al DISTRITO ESCOLAR DE PALO VERDE, siendo los funcionarios, empleados y agentes de toda responsabilidad, incluidas lesiones, muerte, reacciones adversas u otros daños que puedan surgir del ser -administración o asistencia con la administración de medicamentos de acuerdo con el padre o tutor y el médico abajo firmantes descritos en este documento.

Estoy de acuerdo en proporcionar los medicamentos indicados a continuación con la receta original o en los envases del fabricante, que están etiquetados con el nombre del niño, el médico que receta, el medicamento y las instrucciones de como administrar la dosis. Además, autorizo a la enfermera de la escuela o al personal designado de la escuela a consultar con el médico que receta si surge alguna pregunta (49480).

Entiendo que el medicamento continua requiriendo AUTORIZACIÓN ANUAL a la oficina de la escuela al comienzo de cada año.

\_\_\_\_\_  
Escriba el nombre del padre o tutor

\_\_\_\_\_  
Firma del padre / tutor

\_\_\_\_\_  
Fecha

PHYSICIAN AUTHORIZATION: THIS SECTION IS TO BE COMPLETED BY PHYSICIAN ONLY.

Condition for which medication(s) are being administered: \_\_\_\_\_

| <u>NAME OF MEDICATION</u> | <u>DOSAGE</u> | <u>ROUTE</u> | <u>FREQUENCY/TIME</u> |
|---------------------------|---------------|--------------|-----------------------|
| _____                     | _____         | _____        | _____                 |
| _____                     | _____         | _____        | _____                 |

Possible reaction(s) requiring physician notification: \_\_\_\_\_

Storage Requirements: \_\_\_\_\_ START DATE: \_\_\_\_\_ STOP DATE: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_ I authorize my patient to **CARRY AND/OR SELF-ADMINISTER**: auto inyectable epinephrine ( ) inhaled asthma medication ( ) according to my instructions and authorization stated herein.

\_\_\_\_ I confirm that I have instructed my patient in the procedures, dosing, and timing by which the above medication(s) is/are to be administered and he/she is **COMPETENT** in the self-administration of prescribed medication(s) California Education Code(s) 49423 sections (a), (b 1, 2 & 3) and (c), 49423.1 sections (a), (b 1, 2 & 3) and (c)

\_\_\_\_\_  
Print Physician Name

\_\_\_\_\_  
Physician's Signature

\_\_\_\_\_  
Date

\_\_\_\_\_  
Physician's Address

\_\_\_\_\_  
Phone Number

\_\_\_\_\_  
Fax Number



## Instrucciones para completar el formulario de administración de medicamentos

Conforme al Código de Educación 49423, no se aceptarán ni administrarán medicamentos en la escuela sin cumplir con los siguientes requisitos. El procedimiento para la administración de medicamentos con receta y, o sin receta (OTC) enumerados en el formulario de administración de medicamentos se apresurará de la siguiente manera:

1. Solo los medicamentos recetados por el médico del estudiante como necesarios para ser tomados por el estudiante de la manera indicada en el formulario de administración de medicamentos deben traerse a la escuela. El formulario DEBE ESTAR COMPLETO e incluir las firmas obligatorias de los padres y del médico que receta.
2. Los medicamentos traídos a la escuela para ser administrados al estudiante de acuerdo con las disposiciones enumeradas en el formulario de administración de medicamentos deberán estar en la receta ORIGINAL o en el envase / empaque del fabricante, claramente marcados con el nombre del estudiante, el médico que receta y el nombre del medicamento. , dosis, ruta, tiempo, frecuencia y la farmacia, si el médico lo prescribe.
3. Los medicamentos que contienen narcóticos (algunos medicamentos para aliviar el dolor y la tos) NO SERÁN administrados en la escuela.
4. Todos los medicamentos estarán en un lugar fresco, seco y seguro dentro de la oficina de la escuela. Las instrucciones especiales para el almacenamiento o las medidas de seguridad de cualquier medicamento deben ser escritas por el médico que prescribe en el formulario de administración de medicamentos.
5. Los padres o tutores o adultos mayores de 18 años deberán entregar el medicamento y el formulario de administración completo a la oficina de la escuela. NO ENVÍE MEDICAMENTOS A LA ESCUELA CON SU ESTUDIANTE.
6. Los padres o tutores o adultos mayores de 18 años deberán recoger los medicamentos restantes durante la última semana de clases. EL PLANTEL ESCOLAR NO SE HARÁ RESPONSABLE DE LA MEDICACIÓN DEJADA EN LA OFICINA DURANTE EL VERANO.
7. Si es necesario la continuación del medicamento, SE DEBE completar un formulario nuevo de autorización anualmente para la administración de medicamentos al comienzo del año.