



Directrices para medicamentos dispensados en la escuela

This notice is for your information regarding state laws and dispensing medication at school. California Education Code 49423. Only when the below requirements are met will the school personnel be able to assist your child with medication at school.

1. **EL MEDICAMENTO NUNCA DEBE SER TRANSPORTADO HACIA O DESDE LA ESCUELA POR EL ESTUDIANTE.** El padre/tutor es responsable de traer los medicamentos a la escuela y llevarlos a casa.
2. **TODOS** los medicamentos (es decir, medicamentos recetados, medicamentos de venta libre, suplementos nutricionales y remedios a base de hierbas) que deban tomarse en la escuela deben ir acompañados de lo siguiente:
 - a. Una declaración escrita del médico que indique el nombre del medicamento, la dosis, la fecha, la hora, la vía y la firma del médico. Esta declaración escrita puede ser:
 1. El formulario de instrucciones médicas para medicamentos asistidos por la escuela
 2. Una prescripción médica
 3. Cualquier autorización de medicamentos
 - b. Una copia firmada por el padre/tutor de la Solicitud de los padres para asistencia escolar con medicamentos.
 - c. Una copia firmada de la Parte B de la Solicitud de los padres para asistencia escolar con medicamentos por parte del padre/tutor, un Contrato del estudiante firmado por el estudiante y la firma del médico con la orden de autoadministración marcada en la Instrucción del médico para medicamentos asistidos por la escuela, **SOLAMENTE** si el estudiante es ordenado por médico para autoadministrarse y llevar inhaladores para el asma/autoinyectores de epinefrina en la escuela. (El estudiante debe ser capaz de demostrar satisfactoriamente al médico y al personal de servicios de salud su habilidad para usar correctamente el medicamento).
3. **TODOS** los medicamentos deben estar en el envase en que se compraron (incluida la caja si corresponde) y la etiqueta de la farmacia debe tener: nombre del estudiante, nombre del medicamento, dosis, fecha, hora, vía y nombre del médico. Si es un medicamento de venta libre, debe estar sin abrir y en el envase original.
 - a. Los medicamentos no se pueden enviar en una lonchera, bolsa, sobre, etc.
 - b. Si la dosis del medicamento requiere la mitad de la tableta, la tableta debe cortarse previamente antes de traerlos a la escuela en el frasco recetado.
4. **TODOS** los medicamentos deben ser recogidos al final del año escolar.
5. **TODOS** los medicamentos se mantendrán en la oficina y serán administrados por el personal de la oficina. Entregue a la escuela solo la cantidad que se administrará en la escuela. Mantenga todas las demás dosis en casa.
 - a. La única excepción a esto es para medicamentos de emergencia limitados: inhaladores para el asma/autoinyectores de epinefrina si el médico lo indica.
6. Se debe firmar un formulario **NUEVO** de "Instrucción del médico para la medicación asistida por la escuela":
 - a. **Cada vez que el medicamento/receta cambie o venza la fecha**
 - b. **Cada nuevo año escolar**

Con mi firma a continuación: He leído, entendido y estoy de acuerdo con las pautas para la dispersión de medicamentos en la escuela y las instrucciones del médico para los medicamentos que se administran en la escuela. Estoy de acuerdo y libero a la Junta de Educación, sus funcionarios y sus empleados de toda responsabilidad por daños o lesiones que resulten directa o indirectamente de esta autorización.

Nombre del estudiante: _____ Fecha de nacimiento: _____

Escuela (encierre en un círculo): AAE NSLA

Nombre de los padres (letra de imprenta): _____

Firma del padre: _____ Fecha: _____



INSTRUCCIONES DEL MÉDICO

Para MEDICAMENTO CON AYUDA DE LA ESCUELA

A. Este formulario debe llenarse antes de que cualquier medicamento (recetado o sin receta) pueda darse, otomarse, en la escuela. Se requieren las firmas del médico y padre/tutor legal. Este formulario debe renovarse anualmente o con cualquier cambio en el medicamento.

Nombre del alumno: _____ fecha de nacimiento: _____

PHYSICIAN USE ONLY	
1. MEDICATION: _____	Dose: _____
	Reason/Diagnosis: _____
Route: <input type="checkbox"/> Oral <input type="checkbox"/> Nasal <input type="checkbox"/> Topical <input type="checkbox"/> Inhale <input type="checkbox"/> Injection <input type="checkbox"/> Other _____	Med Start Date: _____
	Stop Date: _____
<input type="checkbox"/> If DAILY ~ Time(s) to be given: _____	
<input type="checkbox"/> If AS NEEDED (prn) ~ Frequency: <input type="checkbox"/> Every 3 to 4 hrs., <input type="checkbox"/> Every 4 to 6 hrs., <input type="checkbox"/> Other : _____	
<input type="checkbox"/> *Self carry – for asthma inhaler or epinephrine auto-injectors ONLY. Student demonstrates competence. o (Not recommended in elementary school)	
Other instructions if needed (e.g., signs/symptoms for usage, special storage, adverse reactions): _____	

2. MEDICATION: _____	
	Dose: _____
	Reason/Diagnosis: _____
Route: <input type="checkbox"/> Oral <input type="checkbox"/> Nasal <input type="checkbox"/> Topical <input type="checkbox"/> Inhale <input type="checkbox"/> Injection <input type="checkbox"/> Other _____	Med Start Date: _____
	Stop Date: _____
<input type="checkbox"/> If DAILY ~ Time(s) to be given: _____	
<input type="checkbox"/> If AS NEEDED (prn) ~ Frequency: <input type="checkbox"/> Every 3 to 4 hrs., <input type="checkbox"/> Every 4 to 6 hrs., <input type="checkbox"/> Other : _____	
<input type="checkbox"/> *Self carry – for asthma inhaler or epinephrine auto-injectors ONLY. Student demonstrates competence. o (Not recommended in elementary school)	
Other instructions if needed (e.g., signs/symptoms for usage, special storage, adverse reactions): _____	

Physician Signature: _____	Date: _____
Physician Name: _____	
Address: _____	Phone: _____
City: _____	Zip: _____
_____	_____

Todas las órdenes de medicamento serán descontinuadas automáticamente al final del año escolar. Se requieren nuevas órdenes cada año escolar.

El Artículo 49423 del Código de Educación de California estipula que a cualquier alumno que se le requiere tomar, durante el día escolar regular, medicamento recetado por un médico, el enfermero escolar u otro personal escolar designado puede ayudar al alumno si el distrito escolar recibe (1) una declaración por escrito de dicho médico detallando el método, la cantidad y horario por los cuales se debe tomar este medicamento y (2) una declaración por escrito del padre o tutor legal del alumno indicando su deseo que el distrito escolar ayude al alumno con los asuntos fijados en la declaración del médico.

* Artículo 49423 (c) del Código de Educación de California Un alumno (c) puede estar sujeto a medidas disciplinarias según el Artículo 48900 si ese alumno usa un inhalador o epinefrina autoinyectable de una manera no recetada.



Solicitud de padre/tutor legal Para asistencia escolar con la medicación

B. El padre o tutor debe completar esta página antes de que se pueda administrar o tomar cualquier medicamento (recetado o de venta libre) en la escuela. **Se requiere la firma del padre o tutor. Este formulario debe renovarse cada año escolar o con cualquier cambio en la medicación.**

Nombre del estudiante: _____ **Fecha de nacimiento:** _____

Solicitud de padre de asistencia escolar con la medicación

Entiendo que las regulaciones del distrito escolar requieren que los medicamentos de los estudiantes se mantengan en un lugar seguro, bajo la dirección de un empleado del distrito, y que no sea cargado por el estudiante (con excepción de inhaladores para el asma e inyectores automáticos de epinefrina acompañado por las instrucciones del médico).

A. Solicito que el personal de la escuela de mi hijo/hija ayude administrar medicación a mi hijo/hija durante el horario escolar como se indica en las instrucciones del médico. También doy permiso para contactar el médico para consultar e intercambiar de información, según sea necesario.

Firma de padre/madre o tutor legal: _____ Fecha: _____ Teléfono: _____

B. Solamente para solicitudes para el INHALADOR para el asma /INYECTOR AUTOMATICA DE EPINEFRINA: Solicito que mi estudiante pueda llevarse y administrarse su inhalador para el asma o inyector automático. Yo entiendo que si mi estudiante no sigue las reglas y las responsabilidades de llevar sus medicamentos, él/ella perderá los privilegios de llevar esos medicamentos.* También les doy permiso para contactar el médico para consultar e intercambio de información, según sea necesario.

Firma de padre/madre o tutor legal: _____ Fecha: _____ Teléfono: _____

Acuerdo con el estudiante –solo para inhaladores de asma

Estoy de acuerdo en mantener mi medicamento en un lugar seguro, como en mi mismo, en todo momento. Estoy de acuerdo en nunca compartir mi medicamento con otro estudiante. Si estoy usando el inhalador más de una vez al día, o varias veces a la semana, hablaré con la enfermera de la escuela.

Firma de estudiante: _____ **Fecha:** _____

Firma de padre/madre o tutor legal: _____ **Fecha:** _____

Todos los órdenes para medicación serán automáticamente suspendidos al terminar el año escolar. Nuevos órdenes se requieren cada año escolar.

* Código de educación de California sección 49423 (c) un alumno puede ser sujeto a medidas disciplinarias persistente con sección 48900 si el alumno utiliza un inhalador o inyector automático de epinefrina de una manera que no sea recetada.