



Apellido del estudiante Nombre del estudiante Nombre completo del padre/tutor contacto

FORMULARIO DE MEDICAMENTOS

(requerido si el estudiante alguna vez necesita acceso a medicamentos en la escuela)

Este formulario debe renovarse **anualmente**.

FORMULARIO DE APROBACIÓN DEL MÉDICO PARA MEDICAMENTOS para el Año escolar

Este formulario se requiere **cada año escolar** para los estudiantes que requieren medicamentos recetados y/o de venta libre durante el horario escolar y/o durante las actividades escolares y excursiones. De acuerdo con la sección 49423 del Código de Educación del Estado de California, ambos lados de este formulario deben ser completados y firmados por el médico (u otro proveedor de atención médica que tenga la autoridad para recetar medicamentos), firmado por el padre/tutor y devuelto o enviado por fax a la escuela permanezca en el archivo de cualquier estudiante que requiera medicamento(s) durante el día escolar regular o en excursiones. Los distritos escolares no pueden administrar ningún medicamento, ni siquiera Tylenol, sin la recomendación de un médico, para proteger al niño de posibles reacciones adversas. Sin este formulario archivado, no podremos administrar ningún medicamento a su hijo (excepto la epinefrina "Epi-Pen" en el caso de una reacción alérgica potencialmente mortal). Los estudiantes no pueden llevar medicamentos en su persona (sólo excepciones con la aprobación del médico; el inhalador para el asma se puede llevar en la escuela si el niño ha sido capacitado y tiene un Plan de acción para el asma en el archivo.

- Todos los medicamentos deben ser traídos a la escuela por un padre que debe también recógelos cuando esté vencido o sin usar.
- Todos los medicamentos deben estar en el envase original con el nombre del medicamento.
- El envase original debe tener el nombre del estudiante (nombre y apellido).
- El envase debe indicar el nombre del médico prescriptor
- La dosis debe ser especificada

Apellido del estudiante Primer nombre Edad Fecha

MEDICAMENTOS RECETADOS

Médico para completar lo siguiente: (Si necesita más espacio, adjunte una página separada con las firmas)

Nombre del medicamento	Condición que se está tratando	Método de administración	tiempo para debe administrarse	Dosis Cantidad y frecuencia	Comentarios: Precauciones/ efectos secundarios a monitorear	suspensión Fecha

Para niños con picaduras de abeja conocidas u otras reacciones alérgicas graves:

Conocidos Todos ergía:

Qué se debe administrar y cuándo:

en la página 2 al reverso

INHALADOR PARA EL ASMA PERMISO

Del médico para llevar el inhalador para el asma: Este estudiante ha sido capacitado y se le permite llevar y autoadministrarse un inhalador para el asma en la escuela y en las excursiones; en caso afirmativo, se requiere el Plan de acción para el asma: **Si**

El estudiante tiene un plan de salud individualizado para:

Asma Diabetes Respuesta anaafiláctica (*picadura de abeja y/o alergias alimentarias*) Convulsiones

MEDICAMENTOS DE VENTA LIBRE

Los medicamentos de venta libre no se usan ni se guardan en la escuela excepto en circunstancias especiales con autorización previa. Si se necesitan en excursiones, incluida la excursión de educación al aire libre con noche de sexto grado, el médico del niño debe completar este formulario o NO podremos administrar ningún medicamento a su hijo.

El médico debe completar el siguiente

medicamento aprobado Nombre: enumere por clasificación (se pueden usar versiones genéricas)	Dosis/ruta si no está en el empaque	Comentarios: Precauciones, efectos secundarios para controlar	Firma del médico que indica la aprobación
Analgésicos			
Medicamentos para la tos resfriada			
Ayudas digestivas			
Cremas y Ungüentos			
Alivio para alergias			
Otros medicamentos aprobados (si corresponde)			

La información en este formulario es actual y estará vigente hasta el (fecha):

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Nombre del	médico Dirección	del médico Teléfono del
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
médico Firma	médico Número de licencia	Fecha de la firma

Padre/tutor Complete lo siguiente: presente doy permiso para que el personal escolar designado administre los medicamentos anteriores a mi hijo según lo prescrito por su médico durante el horario escolar o durante un viaje patrocinado por la escuela u otra actividad fuera del campus. Estoy de acuerdo en eximir de responsabilidad al distrito, sus funcionarios, empleados o agentes de toda responsabilidad, juicio, reclamo, de cualquier naturaleza o tipo, que pueda surgir de estos arreglos.

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Firma del padre/tutor	Teléfono de contacto	Fecha

Envíe un fax a la escuela: Yulupa School (TK-3rd grade) Fax 707.544.0360 | Strawberry (4th - 6th) Fax 707.526.0906