

**AUTORIZACION E INSTRUCCIONES PARA ADMINISTRAR UN MEDICAMENTO**  
*Durante el Horario Escolar y Actividades Patrocinadas por la Escuela*

Estimados Padres o Tutores:

Antes de que un medicamento pueda ser administrado por el personal escolar, es necesario tener órdenes específicas escritas del médico, y una autorización escrita por usted. La escuela DEBE ser notificada de cualquier cambio en los medicamentos que se administran en la escuela. Además, le pedimos que usted nos notifique de cualquier cambio en el medicamento que se administra en casa, el cual puede afectar el comportamiento de su hijo en la escuela. **La medicina debe estar en el envase Original con la Etiqueta de la Farmacia, y con el nombre del estudiante visible y claro.** Las autorizaciones deben ser renovadas cada año escolar. La medicina sin receta médica (como Aspirina, Tylenol, etc), será administrada únicamente si es recetada por un médico o dentista; y deberá estar en su envase original. Esta Autorización para Administrar un Medicamento, también cubre cualquier paseo escolar nocturno patrocinado por el distrito, que exceda de las horas de un día escolar regular (Sección 49423 del Código de Educación de California).

Nombre del Estudiante: \_\_\_\_\_ Dirección: \_\_\_\_\_

Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_ Escuela: \_\_\_\_\_ Programa (si es aplicable): \_\_\_\_\_

**Para ser llenado por el Médico**

El estudiante arriba mencionado, está actualmente bajo mi cuidado y está recibiendo medicamento (s), por la siguiente condición (es):  
(Es necesario que el estudiante tome este medicamento durante el horario escolar (y/o durante las actividades escolares).

\_\_\_\_\_

MEDICAMENTO A SER ADMINISTRADO EN LA ESCUELA DURANTE EL HORARIO ESCOLAR y/o durante las actividades escolares:

MEDICAMENTO: \_\_\_\_\_ HORA: \_\_\_\_\_

DOSIS (Dosis total, favor de darla en mg. o en ml.) \_\_\_\_\_ VIA: \_\_\_\_\_

REACCIONES ADVERSAS VISIBLES QUE PUDIERAN PRESENTARSE:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

EL MEDICAMENTO CONTINUARA POR:  DIAS  MESES  FINALIZANDO \_\_\_\_\_

La escuela se reservará el derecho de comunicarse con el médico para alguna aclaración, si usted no está disponible.

**NOTE PARA EL PADRE:** Es su responsabilidad, proporcionar los medicamentos requeridos en el envase original etiquetados con la receta individual.

FIRMAS AUTORIZADAS: POR LA PRESENTE, SE DA AUTORIZACION AL PERSONAL ESCOLAR PARA ADMINISTRAR LOS MEDICAMENTOS ARRIBA MENCIONADOS EN LA ESCUELA: \_\_\_\_\_

Firma del Médico: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_ Date: \_\_\_\_\_

Nombre del Médico (Favor de escribir): \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_ Date: \_\_\_\_\_

Firma del Padre/Tutor: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_ Date: \_\_\_\_\_  
(Durante el día)

**Los estudiantes asistiendo a los Programas del Condado de Santa Clara: Favor de ver a la Enfermera del Plantel Escolar para Instrucciones Específicas.**