

Administración para empezar a administrar medicamento durante el horario de la escuela
(Esta hoja deberá ser completada por el padre/tutor)

Estimado Padre o tutor:

Hemos recibido información de usted indicando que su hijo puede necesitar medicamentos mientras está en la escuela. En un esfuerzo por garantizar la seguridad, queremos darle la siguiente información que está de acuerdo con el Código de Educación de California (Sección 49423) y la Política de la Directiva de NUSD (Sección 5141.21).

Cualquier estudiante que esté obligado a tomar, cuando el estudiante está bajo el cuidado, custodia o control del Distrito, incluyendo mientras está en excursiones, eventos deportivos y otras actividades patrocinadas por el Distrito fuera del campus, **medicamentos** recetados para ellos por un proveedor de atención médica con licencia en California, puede ser asistido por la enfermera de la escuela u otro personal escolar capacitado designado, o puede llevar y **autoadministrarse** epinefrina autoinyectable recetada o medicamentos para el asma, **si el Distrito Escolar recibe las declaraciones escritas apropiadas de la siguiente manera:**

- ☐ Una orden del proveedor de atención de la salud en la que se detalle el nombre del **medicamento**, el método (vía), la cantidad y los horarios en que debe tomarse.
- ☐ La declaración de los padres o tutores indicando el deseo de que el distrito escolar asista al alumno en los asuntos expuestos en la declaración del Proveedor de Atención Médica.
- ☐ La confirmación de que el alumno es capaz de **autoadministrarse** epinefrina autoinyectable o medicación prescrita para el asma, según lo indicado por el proveedor de atención médico.
- ☐ Consentimiento de los padres o tutores aceptando la **autoadministración**
- ☐ Doy mi autorización para que la enfermera escolar u otro personal escolar designado consulte con el médico del alumno sobre cualquier cuestión que pueda surgir en relación con la **medicación**.
- ☐ Una exención de responsabilidad civil para el distrito escolar y el personal de la escuela si el alumno que se autoadministra el medicamento sufre una reacción adversa como resultado de la **autoadministración del medicamento**.

Yo (Nosotros), los firmantes, quien es el padre o tutor legal, solicito que el medicamento sea administrado a mi hijo cuando mi hijo esté bajo el cuidado, custodia o control del Distrito. Yo (Nosotros) reconocemos que un miembro capacitado del personal escolar de NUSD o la enfermera de la escuela administrará el medicamento de acuerdo con las órdenes del médico. Yo (Nosotros) notificaré a la escuela inmediatamente si hay un cambio de médicos o si se cambia la medicina.

Yo (Nosotros) reconocemos que es responsabilidad de los padres/tutores permitir que los empleados del distrito administren o ayuden de otro modo al estudiante en la administración del medicamento proporcionando una declaración por escrito del médico y asegurándose de que el medicamento sea entregado a la escuela en un recipiente apropiado por una persona legalmente autorizada para estar en posesión del medicamento.

Yo (Nosotros) autorizamos a la enfermera de la escuela de NUSD u otro personal escolar designado a consultar con el proveedor de atención médica de mi estudiante con respecto a cualquier pregunta que pueda surgir con respecto a la **medicación. Mi (Nuestra) firma en este formulario también** sirve para liberar al distrito escolar y al personal de la escuela de responsabilidad civil si mi estudiante sufre una reacción adversa como resultado de la **autoadministración de medicamentos**.

Yo (Nosotros) reconozco (reconocemos) que el padre/tutor puede revocar el consentimiento para dicha administración en cualquier momento.

Las declaraciones escritas especificadas anteriormente se facilitarán al menos una vez al año y con mayor frecuencia si cambia la medicación, la dosis, la frecuencia de **administración** o el motivo de la **administración**.

Nombre del estudiante: _____ Fecha de nacimiento: _____

Nombre del Padre/tutor (molde) _____ No. de telefono: _____

Firma de Padre/tutor: _____ Fecha: _____

