



Berkeley Unified School District

10.7 AUTORIZACIÓN PARA MEDICAMENTOS EN BUSD

DEVUELVA EL FORMULARIO COMPLETADO A LA ESCUELA CON LAS FIRMAS DEL TUTOR LEGAL Y DEL PROVEEDOR DE ATENCIÓN MÉDICA.

Nombre del Estudiante: _____ Fecha de Nacimiento: _____

Escuela: _____ Grado: _____ Salón/Maestro: _____

de Teléfono en el Hogar Padre/Tutor Legal _____

de Teléfono Móvil Padre/Tutor Legal _____

AUTORIZACIÓN DEL PADRE/TUTOR LEGAL:

AUTORIZACIÓN DEL CÓDIGO DE EDUCACIÓN DE CALIFORNIA CÓDIGO DE EDUCACIÓN 49423

Cualquier alumno que requiera tomar, durante el día escolar habitual, la medicación que le haya recetado un médico, podría recibir la ayuda de la enfermera en la escuela u otro personal designado si el distrito escolar recibe (1) una declaración escrita de dicho médico en la que se detalle el método, la cantidad y los horarios en que debe tomar dicho medicamento y (2) una declaración escrita de los padres o tutores legales del alumno en la que se indique el deseo de que el distrito escolar ayude al alumno en lo establecido en la declaración del médico.

Yo autorizo a BUSD a administrar medicamentos al estudiante de acuerdo con la declaración escrita del proveedor de atención médica autorizado. Yo autorizo a BUSD a comunicarse directamente con el proveedor de atención médica autorizado del estudiante, según sea necesario, en relación con la declaración escrita del proveedor de atención médica autorizado. Entiendo que yo puedo terminar el consentimiento para la administración de medicamentos al estudiante enviando una declaración escrita la cual revoque mi consentimiento a la escuela del estudiante en cualquier momento.

Firma del Padre/Tutor Legal Fecha

Si es Pertinente: Yo doy mi consentimiento para que el estudiante se administre por sí mismo los medicamentos de emergencia o los que sean necesarios. Yo autorizo a BUSD a comunicarse directamente con el proveedor de atención médica autorizado del estudiante, según sea necesario, en relación con la declaración escrita del proveedor de atención médica autorizado. Acepto no responsabilizar a BUSD, sus directivos o empleados de ninguna responsabilidad o reclamación que pudiera surgir si el estudiante sufre una reacción adversa como resultado de la autoadministración de medicamentos.

Firma del Padre/Tutor Legal Fecha

NO SE ADMINISTRARÁ NINGÚN MEDICAMENTO (RECETADO O DE VENTA SIN RECETA) SIN LA FIRMA DE LOS PADRES Y DEL PROVEEDOR MÉDICO. CONSULTE RESPONSABILIDADES EN LA PÁGINA 2 Por favor, devuelva este formulario a la oficina de la escuela de su hijo



Berkeley Unified School District

10.7 AUTORIZACIÓN PARA MEDICAMENTOS EN BUSD

- Si se produce algún cambio en el medicamento, método de administración, la frecuencia o la dosis, el médico y los padres deberán rellenar un nuevo formulario. Al final del ciclo escolar, todos los medicamentos deben ser recogidos por los padres o tutores legales el último día de clases, o serán destruidos según las regulaciones de seguridad.
- Con la autorización por escrito de los padres y el médico, se puede permitir a los estudiantes llevar consigo medicamentos. Los estudiantes que lleven consigo medicamentos deben utilizarlos de forma adecuada y no permitir que otros estudiantes tengan acceso a ellos.
- Los estudiantes que cuenten con permiso por escrito de su médico y de sus padres para llevar consigo medicamentos podrán ser objeto de medidas disciplinarias en virtud del artículo 48900 del Código de Educación si utilizan medicamentos inhalados para el asma o epinefrina autoinyectable de manera inconsistente con la ley.
- El Distrito no puede aceptar ni actuar sobre ningún cambio o modificación generado por los padres/tutores en las instrucciones de administración de medicamentos, a menos que el Distrito reciba dichos cambios por escrito del proveedor de atención médica autorizado.

FOR SCHOOL USE ONLY		Amount Received (Count with Parent or Another Adult)	Signature of Person Bringing Medication	Signature of School Employee Receiving Medication
Date	Medication			

Esta solicitud tiene una validez máxima de un año.

SOLICITUD DE ADMINISTRACIÓN DE MEDICAMENTOS POR PARTE DE UN
PROVEEDOR DE ATENCIÓN MÉDICA AUTORIZADO



Berkeley Unified School District

10.7 AUTORIZACIÓN PARA MEDICAMENTOS EN BUSD

Motivo de Administración del Medicamento:

Medicamento: _____ Dosis: _____ Ruta de Administración (inyección, oral, cutánea, etc.): _____

Hora: _____

Si es PRN: Tiempo transcurrido entre dosis _____ Número máximo de dosis Síntomas específicos que requieren medicamentos: _____

Posibles reacciones al medicamento: _____

Instrucciones para la atención de emergencia:

Firma del Proveedor de Atención Médica Autorizado: _____
Nombre del Proveedor de Atención Médica Autorizado (escriba con letra clara): _____

Teléfono: _____

Proveedor NPI #: _____

Fecha de la Solicitud: _____

Fecha para Descontinuar el Medicamento: _____

Sello de la Oficina

Respecto a los EpiPen/Inhaladores: Mi opinión profesional es que se debe permitir a este estudiante llevar consigo y autoadministrarse este Inhalador/EpiPen de emergencia. Este estudiante ha recibido instrucción y demuestra entender el uso adecuado. **Iniciales del Proveedor de Atención Médica**

Se solicita a los padres que administren los medicamentos en el hogar y en un horario distinto al horario escolar. Si es necesario administrar un medicamento recetado o de venta sin receta durante el horario escolar, se seguirán las siguientes regulaciones.

- Los medicamentos deben ser llevados a la escuela por un adulto en su envase original, con la etiqueta de la farmacia o las instrucciones del envase intactas. (Cuando vaya a la farmacia a comprar los medicamentos recetados, puede pedirle al farmacéutico que divida el medicamento en dos envases, de modo que tenga uno para la escuela y otro para usar en el hogar). Los reabastecimientos deben ser llevados a la oficina por un adulto y el nuevo envase debe dejarse en la oficina.
- El padre/tutor legal debe firmar el reverso de este formulario para autorizar al personal escolar designado a administrar medicamentos y confirmar que usted ha leído y acepta los términos de este formulario.
- El médico debe completar la Página 1 de este formulario para todos los medicamentos. Para el medicamento a largo plazo, los padres/tutores legales y el médico deben completar un formulario de consentimiento para cada nuevo ciclo escolar.



10.7 AUTORIZACIÓN PARA MEDICAMENTOS EN BUSD

Blank Page