

Request for School Personnel to Administer Medication

Por favor llene este formulario únicamente si su hijo debe tomar medicamentos durante el horario escolar, incluyendo los medicamentos de venta libre y/o suplementos. Para todo medicamento que se necesite en la escuela, las normas del distrito y la ley estatal requiere que: 1) Un formulario para medicamentos debe ser llenado por uno de los padres y médico; 2) Un adulto debe traer el medicamento a la oficina; 3) El medicamento se administrará en la oficina de la escuela. El profesional de la salud en la escuela de su hijo tendrá que dar permiso para que el estudiante lleve el medicamento en su persona en caso de urgencias. Para River, póngase en contact con Amy Bales, LVN. Para Tularcitos y Captain Cooper, póngase en contacto con Melanie Allen, RN. Para las escuelas secundarias, póngase en contacto con Susan Perszalowski, RN.

CUSD #304  
Updated 3/5/13

DISTRITO ESCOLAR UNIFICADO DE CARMEL

E 5141.21

**SOLICITUD PARA QUE UN EMPLEADO DE LA ESCUELA ADMINISTRE MEDICAMENTOS**

**NOTA:** Esta solicitud se debe renovar todos los años. Si cambia el programa del medicamento, se debe presentar un nuevo formulario.

**Datos del alumno:**

Nombre: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_ Escuela: \_\_\_\_\_

**Solicitud de los padres.** Por medio del presente documento solicito que un empleado docente designado por el director le administre su medicamento a mi hijo. He leído las condiciones al dorso de este formulario y estoy de acuerdo con ellas.

X \_\_\_\_\_  
Firma del padre o tutor \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

**Consentimiento de los padres para intercambiar información.** En vista de lo importante que es controlar debidamente el medicamento que se administra a mi hijo, doy autorización para que el Distrito Escolar Unificado de Carmel intercambie información con el médico.

Dr. \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

X \_\_\_\_\_  
Firma del padre o tutor \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

=====

**AUTORIZACIÓN DEL MÉDICO**

(la deberá llenar el medico para que se pueda administrar cualquier medicamento)

Nombre del medicamento \_\_\_\_\_

Dosis \_\_\_\_\_ Vía \_\_\_\_\_

La(s) hora(s) que se debe tomar en la escuela \_\_\_\_\_

Propósito del medicamento \_\_\_\_\_

Se deberá dar hasta (fecha) \_\_\_\_\_

Comentarios \_\_\_\_\_

**PARA ASMA SOLAMENTE:**

**Los siguientes factores provocan los síntomas de asma (marque los que se apliquen):**

- |  |   |   |
|--|---|---|
| <input type="checkbox"/> Ejercicio                     | <input type="checkbox"/> Ácaros del polvo       | <input type="checkbox"/> Caspa de animales    |
| <input type="checkbox"/> Tiempo frío                   | <input type="checkbox"/> Olores o gases fuertes | <input type="checkbox"/> Polen                |
| <input type="checkbox"/> Infección respiratoria        | <input type="checkbox"/> Mohos                  | <input type="checkbox"/> Otros factores _____ |
| <input type="checkbox"/> Alimentos (escribalos): _____ |   |   |

**Utilización del inhalador (marque lo que se aplique):**

Antes de hacer ejercicios o esforzarse  Con espaciador  Con la técnica de boca cerrada

Desde mi punto de vista profesional, opino que a este alumno se le debe permitir llevar y utilizar solo el inhalador antes mencionado.

X \_\_\_\_\_  
Firma del médico (obligatoria) \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

Para la oficina únicamente: Mande copia al Especialista de Salud

Revisión 6/06

## CONDICIONES DEL ACUERDO

A cambio de la valiosa consideración en la forma de administrar las medicinas, por el presente absolvemos y eximimos al Distrito Escolar Unificado de Carmel, sus funcionarios, sus empleados y sus agentes de cualquiera y de todas las responsabilidades que podrían surgir en virtud de dicha administración de medicinas. Asimismo, por el presente pactamos y aceptamos no iniciar juicios, acciones legales ni acciones similares contra el Distrito Escolar Unificado de Carmel, sus funcionarios, sus empleados y sus agentes, no enjuiciar, ni presentar o asistir en el inicio de acciones judiciales para presentar una demanda u obtener compensaciones a causa de daños, pérdidas o lesiones que pudiera sufrir nuestro hijo(a) como consecuencia de la administración de las medicinas recetadas por dicho médico.

Entendemos que el Distrito Escolar Unificado de Carmel realiza esta acción con el único propósito de asistir en el bienestar de nuestro(a) hijo(a) y mejorarlo, y sólo porque dicho médico ha solicitado al distrito que realice esta acción en beneficio de nuestro(a) hijo(a). Aceptamos entregar las medicinas directamente al empleado que la escuela designe. Las medicinas deberán entregarse en el frasco original de la farmacia, con sus etiquetas correspondientes, el nombre y el número de teléfono de la farmacia, los datos del estudiante, el nombre del médico y las dosis correspondientes.

Las modificaciones futuras a estos arreglos deberán garantizarse por medio del llenado de una copia de este formulario con la nueva fecha.