San Dieguito Union High School District
Autorización para la Administración de Medicamento

El código de educación California Education Code Sección 49423 permite que los estudiantes reciban la administración de medicamento por prescripción de un médico, durante el día escolar y reciban la asistencia con el medicamento por los miembros del personal escolar asignados ó llevar consigo cierto medicamento para administrárselo por si mismos, cuando los padres/el guardián legal Y EL MÉDICO, hayan presentado por escrito su autorización.

Información de el/la Estudiante

Nombre de el/la Estudiante | **Fecha de Nacimiento**

Escuela: _____ **Grado:**_____

Autorización del Padre/Guardián Legal

De acuerdo con el código de educación "California Education Code §49423, yo, el/la suscrito/a padre/guardián legal de el/la estudiante aquí mencionado/a, por medio de la presente:

____ Autorizo al personal designado en el distrito escolar, para que asista a mi hijo/a con la administración de medicamento, observando, supervisando, y proporcionando pruebas de acuerdo con las instrucciones y aprobación médica.

____ Autorizo a mi hijo/a para llevar consigo y administrarse a si mismo/a un auto-inyector de epinefrina (Epinephrine-pen), de acuerdo con las instrucciones y aprobación del médico incluidas en ésta página.

____ Autorizo a mi hijo/a para llevar consigo y administrarse a si mismo/a un inhalador para asma de acuerdo con las instrucciones y aprobación del médico incluidas en ésta página

De acuerdo con los códigos §49407 y §49423, por la presente yo, el/la suscrito/a SOSTENGO INOCENTE, LIBERO Y EXONERO al distrito escolar San Dieguito Union High School District, a su Mesa Directiva de Fideicomisarios "Board of Trustees", a sus oficiales, empleados y agentes, de toda responsabilidad, incluyendo; lesiones, muerte, reacciones adversas, u otros daños que puedan resultar al administrarse el medicamento por si mismo/a o por medio de asistencia del personal escolar en acuerdo con la autorización e instrucciones aquí descritas por el suscrito padre/guardián legal y por el médico.

Estoy de acuerdo en proporcionar los medicamentos que se indican enseguida, en los contenedores originales con la etiqueta que contiene el nombre de mi hijo/a, el nombre del médico, el medicamento y la dosis. Así también autorizo a el/la enfermero/a escolar ó al personal escolar designado para consultar con el médico quien remitió la prescripción, si se presentara alguna pregunta con relación al medicamento.

_____ **X**_____

Imprima el Nombre del Padre/Guardián Legal | **Firma del Padre/Guardián Legal**

_____ _____

Domicilio del Hogar | **Fecha**

( ) ( ) ( )

Teléfono del Empleo | **Teléfono del Hogar** | **Teléfono Celular**

Autorización Médica

Nombre del Medicamento	Método de Administración	Dosis	Horario Aproximado (veces por día)
#1: _____	_____	_____	_____
#2: _____	_____	_____	_____

Fecha en la cual el medicamento debe descontinuarse: _____

Instrucciones para que el personal asista:_____

Almacenamiento y otras precauciones: _____

_____ (Iniciales) Autorizo a mi paciente para que lleve consigo y se administre_____un auto-inyector de epinefrina _____un inhalador para asma, de acuerdo a mis instrucciones y aprobación a continuación. Confirmo que he instruido a el/la estudiante en los procedimientos, dosis y horario por el cual debe de administrarse, y el/la estudiante está capacitado/a para administrarse el medicamento así mismo/a. **Fecha de la prescripción**: _____

MD (Doctor/a en Medicina) **Lic. #**

Imprima el Nombre del Médico | **Número de Licencia Médica**

X ( ) ( )

Firma del Médico (Doctor/a) | **Número de Teléfono** | **Número de FAX**