

DISTRITO ESCOLAR UNIFICADO DE JURUPA

Servicios de Apoyo a la Educación

4850 Pedley Road

Jurupa Valley, California 92509

FORMULARIO DE ADMINISTRACIÓN DE MEDICAMENTOS

NOTA: ESTA AUTORIZACIÓN PARA LA ADMINISTRACIÓN DE MEDICAMENTOS HA SIDO APROBADO POR TODAS LAS ESCUELAS EN EL CONDADO DE RIVERSIDE

		Fecha:	Escuela:
Nombre:	DOB:	# de IDENTIFICACIÓN ESTUDIANTÍL:	Grado:

**AUTORIZACIÓN DEL CÓDIGO DE EDUCACIÓN
CÓDIGO DE EDUCACIÓN 49423**

Cualquier alumno que necesita tomar medicamento recetado por un médico durante el día escolar, puede ser asistido por la enfermera escolar u otro miembro del personal designado si la escuela recibe (1) una declaración escrita de tal médico detallando el método, la dosis y el horario por el cual tal medicamento debe ser administrado y (2) una declaración escrita del padre/tutor del alumno indicando el deseo de que el distrito escolar ayude al alumno con el asunto expuesto en la declaración del médico. **Cualquier medicamento, incluyendo medicamentos obtenidos sin receta, tienen que estar en un recipiente de la farmacia debidamente etiquetado.**

Solicito que la enfermera de la escuela o el personal designado ayuden a mi alumno con su medicamento tal como lo ha autorizado el médico. Yo concuerdo en mantener indemne al Distrito Escolar Unificado de Jurupa, sus oficiales y sus empleados de toda responsabilidad o reclamaciones que pudieran surgir de los arreglos especificados por el médico. Yo entiendo que el médico será contactado según sea necesario para aclaraciones con mi autorización.

Firma de padre/tutor

Teléfono de casa

Teléfono de trabajo

Fecha

AUTORIZACIÓN DEL MÉDICO

Nombre del medicamento(s):	Condición de salud para la que se receta el medicamento:
Hora(s) de administración:	Dosis:
Método de administración:	Precaución – posibles reacciones adversas:
Fecha de discontinuar:	Número telefónico del médico:
Nombre del médico (letra de molde):	Firma del médico/Fecha:

Por favor regrese este formulario a la oficina de salud de su escuela firmado por el médico y el padre/tutor. **NO SE ADMINISTRARÁ NINGÚN MEDICAMENTO SIN ESTAS FIRMAS REQUERIDAS.** Todos los medicamentos deben ser entregadas a la escuela por un adulto y serán guardadas en la oficina de salud.

-SE DEBE RENOVAR ESTE FORMULARIO ANUALMENTE-

Distribution Copies:

Health Office/Student's Doctor/Parent

NR0100

Revised 1/2019