

FORMULARIO DE AUTORIZACIÓN DE SUMINISTRO DE MEDICAMENTOS PARA EXCURSIONES ESCOLARES

**POR FAVOR COMPLETE
AMBOS LADOS DEL
FORMULARIO**

Nombre del estudiante: _____ Fecha de nacimiento: _____ Alergias: _____
 Escuela: _____ Nombre del maestro: _____ Fechas de excursión: ___/___/___ - ___/___/___
 Nombre(s) del padre/tutor: _____ Teléfono(s) del padre/tutor: _____

Si usted está enviando medicamentos recetados, medicamentos sin receta, vitaminas, suplementos, etc. para su hijo/a usted **debe**: ❶ indicar el(los) tipo(s) de medicamento(s), vitaminas, suplementos, etc. debajo; ❷ firmar donde se indica; y ❸ obtener la firma de su médico. **IMPORTANTE:** Usted debe asegurarse que todos los medicamentos estén aprobados por el FDA para utilizar del modo indicado, correctamente etiquetados, y **en sus recipientes originales**. Para poder administrar estos medicamentos a los estudiantes se **REQUIEREN** las firmas del padre Y del médico al final de éste formulario.

SECCIÓN 1: MEDICAMENTOS SIN RECETA

Los medicamentos sin receta **NO serán administrados sin las firmas de los padres y del médico**. El estudiante mencionado arriba ha sido aprobado para tomar los siguientes medicamentos, según sea necesario, de acuerdo a las instrucciones en el envase. Por favor marque "Si" o "No."

EDAD DEL ESTUDIANTE: _____ PESO DEL ESTUDIANTE: _____

Medicamento	Requerido para			Medicamento	Requerido para		
		Si	No			Si	No
Ibuprofeno (Motrin/Advil)	Dolor			Pastilla para la tos/Pastilla para la garganta	Tos o dolor de garganta		
Acetaminofeno (Tylenol)	Dolor			Descongestivo	Congestión nasal		
Difenidramina (Benadryl)	Reacción alérgica/Sarpullido			Antiácido	Molestia estomacal		
Otro: _____				Otro: _____			

Comentarios: _____

SECCIÓN 2: RESTRICCIONES/LIMITACIONES DEL ESTUDIANTE

¿Existe alguna razón para limitar o modificar las actividades de su hijo/a? (ej., lesión, asma, etc.): _____

Por favor liste cualquier alergia alimenticia, restricciones en la dieta o problemas: _____

SECCIÓN 3: MEDICAMENTOS CON RECETA

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	DOSIS	FORMA DE ADMINISTRACIÓN (ej., por vía oral, etc.)	HORA(S)	¿Permiso para llevar inhalador, auto inyector de epinefrina Epi-Pen y/o glucagón?	
				Si	No

Posibles efectos secundarios que necesitan ser reportados al médico (ej., reacción alérgica): _____

SECCIÓN 4: CONSENTIMIENTO Y AUTORIZACIÓN DE LOS PADRES

El abajo firmante, padre/tutor del estudiante mencionado arriba, solicita que mi hijo/a sea asistido con o se le suministre la medicación listada arriba conforme al Código de Educación de California (Código de Educación 49423).

- Yo:
1. Proporcionaré todos los medicamentos recetados, suministros y equipamiento.
 2. Notificaré a la escuela en caso de haber un cambio en la situación de salud o del médico de cabecera.
 3. Notificaré a la escuela inmediatamente y proporcionaré un nuevo consentimiento en caso de haber cambios en las instrucciones del médico.

RECONOZCO QUE SI MI HIJO/A LLEVA CONSIGO Y ADMINISTRA SU PROPIA MEDICACIÓN (ej., inhalador, auto inyector de epinefrina Epi-Pen, y/o glucagón) CON EL PERMISO MENCIONADO ARRIBA EN LA SECCIÓN 3, DICHA MEDICACIÓN DEBERÁ PERMANECER EN TODO MOMENTO EN SU POSECIÓN DURANTE LA EXCURSIÓN ESCOLAR.

Yo autorizo a la escuela a comunicarse con el Proveedor de Salud Autorizado de ser necesario en relación a la medicación/condición médica mencionada arriba.

Autorizo a una enfermera escolar o personal escolar entrenado sin licencia a suministrar o ayudar a suministrar los medicamentos recetados y/o medicamentos sin receta arriba mencionados (según sea necesario).

FIRMA DEL PADRE/TUTOR: _____ **FECHA:** _____

SECCIÓN 5: CONSENTIMIENTO Y AUTORIZACIÓN DEL MÉDICO

Mi firma debajo proporciona la autorización para las órdenes escritas arriba. Entiendo que todos los procedimientos serán implementados de acuerdo a las normas y leyes del estado de CA. Entiendo que una enfermera escolar o personal escolar entrenado sin licencia puede suministrar o ayudar a suministrar el(los) medicamento(s) mencionado(s) arriba. Esta autorización es válida por un año. Si fuera necesario algún cambio, proporcionaré una nueva autorización escrita (puede ser enviada por fax).

FIRMA DEL MÉDICO: _____ **FECHA:** _____ **SELLO:** _____

FORMULARIO DE AUTORIZACIÓN DE SUMINISTRO DE MEDICAMENTOS PARA EXCURSIONES ESCOLARES

Nombre del estudiante: _____ Escuela: _____ Nombre del maestro: _____

SECCIÓN 6: INFORMACIÓN DE EMERGENCIA

TRATAMIENTO MÉDICO

Si surgiese una emergencia grave, podría ser necesario que un médico atienda a su hijo/a antes de que usted sea contactado. Dicha asistencia podría ser brindada solo si usted firma la AUTORIZACIÓN abajo.

En caso de enfermedad o lesión, doy mi consentimiento para llevar a cabo rayos-x, revisión, anestesia, diagnóstico médico, quirúrgico o dental o tratamiento y cuidado hospitalario considerados necesarios de acuerdo al criterio del médico, cirujano, o dentista a cargo y llevado a cabo por o bajo la supervisión de un miembro del personal médico del hospital o establecimiento que suministra los servicios médicos o dentales. Además, como padre o tutor de un estudiante que asistirá a esta excursión patrocinada por la escuela, entiendo que el entorno físico no será igual al de una escuela tradicional. Pueden haber ciertos riesgos inherentes en el lugar, incluyendo condiciones naturales o creadas por el hombre que pueden resultar en lesión física, herida, daño o muerte. Entiendo que no existen garantías por la seguridad o protección de mi hijo/a.

Libero al distrito escolar, sus funcionarios, agentes y empleados de toda responsabilidad o reclamo que pueda surgir o estar conectada a la participación de mi hijo/a en la excursión patrocinada por la escuela y renuncio a cualquier demanda en contra del distrito escolar debido a lesión, accidente, enfermedad o muerte ocurrida durante o a causa de la participación de mi hijo/a (Código de Educación 35330).

PRIMEROS AUXILIOS

En caso que su hijo/a requiera de primeros auxilios menores, un maestro, acompañante o administrativo de la excursión patrocinada por la escuela administrará tratamiento de ser necesario de acuerdo a las prácticas estándar de primeros auxilios.

TRANSPORTE

Puedo llegar a ser contactado para llevar a mi hijo/a de regreso a casa debido a enfermedad o mala conducta.

..... **PARA USO EXCLUSIVO DE LA ESCUELA**

CUADRO DE REGISTRO DE MEDICAMENTOS - PARA SER COMPLETADO POR LA ESCUELA

Este es el cuadro que será utilizado para registrar cualquier medicamento suministrado a su hijo/a. Será retornado a la escuela después de la excursión escolar. Cuando un medicamento sea suministrado, el miembro del personal escribirá la hora y sus iniciales en el cuadro y completará la sección inferior.

Medicamento	Dosis	Frecuencia	Lunes	Martes	Miércoles	Jueves	Viernes

Nombre en letra de imprenta	Iniciales	Firma	Título
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____