



Liberty Union High School District

20 Oak Street

Brentwood, CA 94513

Teléfono: (925) 634-2166 Fax (925) 634-1687

Eric L. Volta, Superintendente

Estimado padre/tutor:

El Código de Educación de California 49423 y 49423.5 tienen pautas específicas para todas las escuelas públicas con respecto a la administración de medicamentos tanto para medicamentos recetados como de venta libre. A continuación se muestra un resumen de los requisitos:

- Se debe completar un formulario de autorización de medicamentos cada año escolar para los estudiantes que reciben y / o llevan medicamentos en eventos patrocinados por la escuela y la escuela. Este formulario es válido solo para el año escolar actual y debe actualizarse cada vez que haya cambios en el medicamento Y al comienzo de cada año escolar. Por favor, consulte el formulario adjunto.
- Todos los medicamentos deben ser entregados a la oficina de la escuela por un padre/tutor adulto.
- Todos los medicamentos deben estar en su envase original etiquetado y no vencidos. Por favor, etiquete el medicamento de venta libre con el nombre del estudiante.
- El padre/tutor es responsable de controlar las fechas de vencimiento y reemplazar los medicamentos que expiran.
- Todos los medicamentos se mantendrán bajo llave en la oficina de salud y serán administrados por personal designado.
- A los estudiantes se les puede permitir llevar y autoadministrar sus medicamentos con la aprobación del médico y el padre / tutor. El padre/tutor es responsable de verificar que el medicamento coincida con las instrucciones del médico y no esté vencido. El permiso para autoportarse y autoadministrarse puede ser denegado si la medicación se comparte o se usa indebidamente.
- El padre/tutor es responsable de proporcionar todos los suministros (por ejemplo, taza medidora / jeringa, cortador de píldoras, etc.)
- El personal designado de la escuela revisará los formularios y medicamentos para verificar su corrección. No se aceptarán medicamentos o formularios de autorización que no cumplan con los requisitos.

Complete el formulario adjunto "Permiso para administrar medicamentos en la escuela" y entréguelo, junto con los medicamentos de su estudiante, a la oficina de la escuela. Los formularios adicionales de autorización de medicamentos están disponibles en la oficina de su escuela y en la página web de enfermería del distrito en <https://ca01001129.schoolwires.net/Page/124>

Para cualquier pregunta, comuníquese con el sitio de su escuela o envíe un correo electrónico a nuestra enfermera del distrito a mashorec@luhsd.net.

Gracias por su comprensión y cooperación,
Departamento de Servicios de Salud de LUHSD

Permiso para dar medicamentos en la escuela

Liberty Union High School District

Código de Educación de California Sección 49423 y 49423.5

Año escolar:

La autorización es válida solo para el año escolar actual

Apellido del estudiante

Nombre

Fecha de nacimiento

Grado

****PARA SER COMPLETADO POR: Proveedor de atención médica autorizado**

Nombre del medicamento	Dosis	Ruta	Hora/ Frecuencia	Razón	Confirme si está bien que lo lleve y administre

Efectos secundarios _____

Precauciones/Instrucciones especiales: _____

El estudiante tiene permiso para llevar por sí mismo los medicamentos designados anteriormente en la escuela y para autoadministrarse dichos medicamentos con o sin la supervisión del personal de la escuela. El estudiante ha sido instruido y demuestra comprensión del uso adecuado.

Sí No

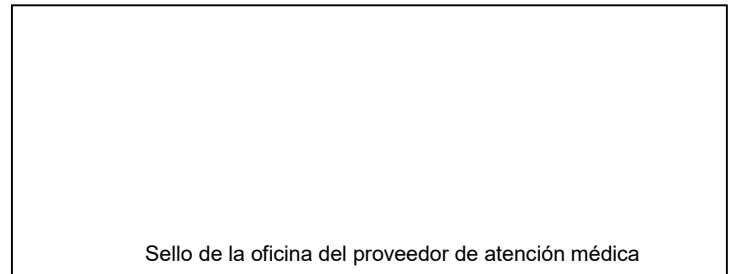
Entiendo que la administración de medicamentos puede ser realizada por un personal escolar designado sin licencia con la capacitación y supervisión proporcionada por la enfermera de la escuela u otro profesional de la salud a menos que se especifique lo contrario. Esta autorización es válida solo para el año escolar actual.

Nombre del Proveedor de atención médica autorizado _____

Firma del Proveedor de atención médica autorizado _____

Licencia # / Suministro # _____

Fecha de autorización _____



**** PARA SER COMPLETADO POR: padre/tutor**

Según el Código de Educ. de California Sección 49423, Solicito y doy permiso para que la escuela administre el medicamento anterior a mi hijo/a de acuerdo con las instrucciones escritas de nuestro proveedor de atención médica autorizado. Entiendo que la administración de medicamentos puede ser realizada por un personal escolar designado sin licencia con la capacitación y supervisión proporcionada por la enfermera de la escuela u otro profesional de la salud a menos que se especifique lo contrario. Entiendo que es mi responsabilidad como padre/tutor mantener a la escuela informada de cualquier cambio en los medicamentos de mi hijo/a. Yo, o un adulto designado, llevaremos el medicamento a la escuela en su envase original o frasco recetado. También entiendo que es mi responsabilidad controlar las fechas de vencimiento de todos los medicamentos recetados o de venta libre que traigo a la escuela. Autorizo a la enfermera de la escuela a comunicarse con el proveedor de atención médica cuando sea necesario. Entiendo que esta autorización es válida solo para el año escolar actual y que puedo terminar el consentimiento para la administración del medicamento o para ayudar a mi hijo en la administración del medicamento en cualquier momento.

Inicial del padre/tutor para aceptar que estudiante lleve y se autoadministre medicamento(s)

De acuerdo con la autorización del proveedor de atención médica anterior, solicito y doy permiso para que mi hijo/a lleve y se administre los medicamentos mencionados anteriormente durante el día escolar y los eventos patrocinados por la escuela. Mi hijo/a ha sido instruido en el plan de tratamiento y demuestra que comprende el uso adecuado y la autoadministración de los medicamentos recetados anteriormente. Eximo al distrito y a sus empleados de cualquier responsabilidad que resulte de lesiones o daños por el hecho de que mi hijo/a lleve y se autoadministre los medicamentos mencionados anteriormente. Entiendo que el privilegio de llevar medicamentos en el campus puede ser revocado si el medicamento se usa de una manera diferente a la prescrita.

Nombre del padre/tutor _____

Teléfono _____

Firma del padre/tutor _____

Fecha _____

Se requiere una autorización de medicamentos anualmente y/o siempre que haya cambios en los medicamentos o las dosis. Por favor, recoja todos los medicamentos de la escuela al final de cada año escolar. Los medicamentos que no se recojan serán descartados.