

**DISTRITO ESCOLAR UNIFICADO DE SANTA MONICA-MALIBU**  
**Departamento de Servicios de la Salud**

**FORMULARIO DE MEDICAMENTOS EN LA ESCUELA**

Este formulario debe ser renovado al principio de cada año escolar y cada vez que haya un cambio en la orden de la medicación

**Nombre del Estudiante:** \_\_\_\_\_ **Fecha de Nacimiento:** \_\_\_\_\_  
*Apellido Nombre MI*

Escuela: \_\_\_\_\_ Identificación del Estudiante #: \_\_\_\_\_ Grado: \_\_\_\_\_

**PARA SER COMPLETADO POR UN PROVEEDOR DE CUIDADO DE LA SALUD AUTORIZADO DE CALIFORNIA**

Diagnóstico o motivo de la medicación durante el día escolar: \_\_\_\_\_

<i>Nombre de la Medicación</i>	<i>Método de Administración</i>	<i>Dosis</i>	<i>Tiempo para ser Suministrado</i>	<i>Frecuencia &amp; Síntomas</i>
_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____

Precauciones, reacciones o efectos secundarios: \_\_\_\_\_

Medicación para ser administrada por: \_\_\_\_ Personal de la escuela designado sin licencia (supervisión indirecta por una enfermera con licencia).

En mi opinión profesional, este estudiante: Puede \_\_\_\_ / No puede \_\_\_\_ llevar (SOLO) inhaladores para el asma, epinefrina auto-inyectable o insulina/suministros para la diabetes.

\_\_\_\_\_  
*Firma Autorizada del Proveedor de Cuidado de la Salud*

\_\_\_\_\_  
*Fecha*

\_\_\_\_\_  
*Nombre del Proveedor de Cuidado de la Salud /Dirección (Imprimir)*

\_\_\_\_\_  
*# de Teléfono*

**PARA SER COMPLETADO POR EL PADRE O TUTOR LEGAL**

Solicito que la escuela ayude a mi hijo con la medicación, según lo ordenado por el médico. Doy permiso para que la enfermera de la escuela se comunique con el proveedor de atención médica sobre los asuntos relacionados con estos medicamentos.

**Nota:** Todos los medicamentos deben ser recetados, incluyendo los medicamentos de venta libre. Los medicamentos deben estar en su envase original y la etiqueta debe incluir el nombre del niño, el nombre del proveedor de cuidado de la salud, el medicamento, dosis, método de administración y la hora de administración (los medicamentos de venta libre deben estar en sus envases originales). El medicamento debe ser entregado a la escuela por el padre, tutor o el adulto designado.

Entiendo que mi hijo solo puede tomar los medicamentos en la escuela (incluyendo los medicamentos de venta libre) si la escuela ha recibido lo siguiente: 1) Orden del actual proveedor de la salud autorizado de California, 2) Firma del padre/tutor y 3) Medicamentos etiquetados correctamente.

Autorizo a un miembro designado del personal de la escuela para ayudar a mi hijo con la medicación, de acuerdo a lo ordenado por el proveedor de cuidado de la salud.

\_\_\_\_\_  
Nombre del Padre/Tutor (Imprimir)

\_\_\_\_\_  
Firma del Padre/Tutor

\_\_\_\_\_  
Fecha