

AUTORIZACIÓN DEL DJUSD PARA AYUDAR EN LA ADMINISTRACIÓN DE MEDICAMENTOS

Nombre del estudiante: _____ N° de SIS: _____ Fecha de nacimiento: _____

Dirección: _____

Escuela: _____ Grado: _____ Maestro: _____

Teléfono del padre/tutor: Casa: _____ Trabajo: _____ Celular: _____ Emergencias: _____

INFORMACIÓN IMPORTANTE

Según la Sección 49423 del Código de Educación de California, la Sección 504 de la Ley de Rehabilitación de 1973 y el Título II de la Ley de Estadounidenses Discapacitados de 1990, los estudiantes que tengan discapacidades médicas y que tengan una prescripción médica para su tratamiento y deban tomar medicamentos durante el día de clases, ya sea permanentemente o durante un periodo de tiempo, deben pedir ayuda al distrito para tomar sus medicamentos mientras estén bajo el cuidado, custodia o control del distrito, incluso en excursiones, eventos deportivos y otras actividades patrocinadas por el distrito.

Antes de que pueda recibir ayuda para tomar el medicamento, incluso si el estudiante tiene un Programa de Educación Individualizado (IEP) o un plan 504, al menos un padre/tutor legal y el médico debidamente autorizado del estudiante deben completar esta autorización. Hay que completar una autorización nueva al comienzo de cada año escolar y cada vez que haya cambios en las instrucciones de administración del medicamento. Por ejemplo, cambio de medicamento, dosis, hora o frecuencia. El padre/tutor legal debe notificar inmediatamente al distrito si hay cambios en las instrucciones de administración del medicamento. El distrito seguirá las instrucciones de la autorización actual hasta que reciba una autorización actualizada firmada por el padre/tutor legal y el médico, a menos que (a) haya evidencia de que se puede poner en riesgo la salud del estudiante si se siguen las instrucciones anteriores o (b) si el padre/tutor legal entrega una declaración escrita en la que indica que hay que dejar de administrar o suspender el medicamento hasta que entregue una autorización nueva. En estos casos, el padre/tutor legal tendrá que ayudar al estudiante a administrar el medicamento durante el día de clases, a las horas acordadas y de manera segura y apropiada para no interrumpir el ambiente educativo.

Todos los medicamentos deben ser entregados al distrito por el padre/tutor legal. El distrito almacenará y administrará dicho medicamento según las instrucciones del mismo. Todos los medicamentos entregados al distrito deben venir con su etiqueta original (por ejemplo, en la botella original de la prescripción, paquete sellado, etc.), tal como fueron entregados por el médico, farmacéutico o tienda. Los estudiantes no pueden estar en posesión de medicamentos durante el día de clases o mientras estén en los terrenos de la escuela, excepto si se trata de inhaladores para el asma o aplicadores personales tipo *epi-pen*. No se hacen excepciones a este requisito ya que nos preocupamos por la salud y la seguridad, lo que incluye el robo potencial del medicamento o el uso compartido potencial por parte de otros estudiantes, quienes pueden sufrir alergias inesperadas u otras reacciones adversas. Los estudiantes que estén en posesión de medicamentos o entreguen medicamentos a otros estudiantes enfrentarán medidas disciplinarias.

“**Discapacidad médica**” significa tener una condición mental o física que limita la habilidad del estudiante de participar en las actividades fundamentales de la vida, como comer, respirar, escuchar, hablar, aprender o cuidar de su persona, o de alguna otra manera sufrir de una discapacidad o condición médica que un médico trata con la prescripción de medicamentos.

“**Medicamento**” es cualquier medicamento (no caducado) prescrito y de venta libre (como aspirinas, descongestionantes, gotas para los ojos), y suplementos nutricionales o herbales.

“**Ayudar**” significa dar el medicamento al niño según las instrucciones escritas dadas por el médico cuando el niño se presenta a la hora acordada, o como respuesta a circunstancias urgentes o de emergencia. A no ser que la ley lo requiera, la ayuda puede ser entregada por un empleado del distrito en vez de una enfermera u otro proveedor de cuidados médicos licenciado o capacitado. Se informará oportunamente al padre de familia/tutor sobre cualquier ayuda de emergencias entregada al estudiante. Todos los informes adicionales de ayudas de emergencia se realizarán según las leyes correspondientes y las políticas y procedimientos del distrito.

AUTORIZACIÓN DEL PADRE/TUTOR

He leído, entendido y acepto estar sujeto a los derechos y obligaciones de la sección de información importante de esta autorización. Solicito que se entregue ayuda a mi estudiante cuando tenga que tomar su medicamento.

El estudiante entiende sus obligaciones descritas en la sección de información importante, incluyendo la necesidad de asegurarse de cumplir con las instrucciones para recibir ayuda (por ejemplo, venir a la oficina de la enfermera todos los días, a la misma hora, sin que sea necesario que un empleado del distrito lo busque) y con la política en contra de poseer o compartir medicamentos (excepto la posesión de inhaladores para el asma y aplicadores tipo *epi-pen*). Entiendo que si el estudiante no cumple con estas obligaciones, puede enfrentar medidas disciplinarias y/o esta autorización puede ser revocada.

A menos que lo exija la ley, entiendo que no está garantizado que esta ayuda sea entregada por una enfermera o un proveedor de atención médica licenciado, aunque el distrito llevará a cabo las medidas razonables para asegurarse de que el empleado del distrito que entregue la ayuda haya sido capacitado según todos los requisitos legales. Como socio del distrito al momento de proteger la salud y seguridad del estudiante, trabajaré en conjunto con el personal de la escuela para resolver problemas de la administración de medicamentos, incluyendo problemas que surjan cuando el estudiante participe de actividades patrocinadas por el distrito fuera del campus. También avisaré con tiempo al distrito cuando haya cambios en las instrucciones del medicamento. Es mi responsabilidad obtener un formulario de autorización nuevo firmado por un médico licenciado cuando haya cambios en las instrucciones del medicamento. Cumpliré con mis responsabilidades descritas arriba si cambian las instrucciones de administración del medicamento.

Respecto a los problemas al momento de ayudar a administrar los medicamentos que se indican en esta autorización, autorizo al distrito y al médico indicado abajo a compartir la información médica y/o de los medicamentos del estudiante, autorizo al médico a entregar cualquier información adicional al distrito, según sea necesario, para cumplir con esta autorización y autorizo la entrega de esta información a todos los empleados del distrito y voluntarios capacitados que puedan supervisar o interactuar de forma regular con el estudiante.

Fecha

Firma del padre o tutor

Nombre del padre o tutor

AUTORIZACIÓN MÉDICA

_____(Nombre del estudiante) está bajo mi cuidado y personalmente instruyo lo siguiente: **(Si se ha prescrito más de un medicamento o necesita más de una explicación, adjunte a esta autorización una hoja separada firmada con la información adicional.)**

Nombre del 1 ^{er} medicamento	Dosis	Método de administración	Duración (fecha/semanal/mensual/hasta que se descontinúe)
	<input type="checkbox"/> Regular (Si la respuesta es "sí", indique el intervalo/hora del día)	<input type="checkbox"/> Medida de emergencia (Debe describir los síntomas o desencadenantes)	<input type="checkbox"/> Según sea necesario (Debe describir los síntomas o desencadenantes)
¿Es el estudiante capaz de administrarse solo el medicamento? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No			(Solo inhaladores o <i>epi-pen</i>)
¿El empleado del distrito debe estar capacitado o tener experiencia antes de prestar ayuda? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No (Si la respuesta es "sí", describa la capacitación o experiencia).			
Cuidados que se deben ofrecer después de ayudar/reacciones adversas potenciales/seguimiento/cuidados médicos de emergencia:			
Nombre del 2 ^{do} medicamento	Dosis	Método de administración	Duración (fecha/semanal/mensual/hasta que se descontinúe)
	<input type="checkbox"/> Regular (Si la respuesta es "sí", indique el intervalo/hora del día)	<input type="checkbox"/> Medida de emergencia (Debe describir los síntomas o desencadenantes)	<input type="checkbox"/> Según sea necesario (Debe describir los síntomas o desencadenantes)
¿Es el estudiante capaz de administrarse solo el medicamento? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No			(Solo inhaladores o <i>epi-pen</i>)
¿El empleado del distrito debe ser capacitado o tener experiencia antes de prestar ayuda? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No (Si la respuesta es "sí", describa la capacitación o experiencia).			
Cuidados que se deben ofrecer después de ayudar/reacciones adversas potenciales/seguimiento/cuidados médicos de emergencia:			

Notas o instrucciones adicionales _____

Nombre del médico _____

Nº de la licencia del médico _____

Dirección _____

Número de teléfono _____

Firma del médico _____

Fecha _____