



Winton School District

**PERMISO PARA MEDICAMENTO**

ESTA FORMA DEBE SER COMPLETADA Y FIRMADA POR EL MEDICO Y PADRE/TUTOR ANTES QUE SE ADMINISTRE CUALQUIER MEDICAMENTO EN LA ESCUELA.

**MEDICAMENTO REQUERIDO DURANTE EL HORARIO ESCOLAR**

El Código Educacional de California #49423 permite a la enfermera escolar u otra persona escolar designada en asistir a estudiantes quienes requieren tomar medicamentos durante el horario escolar. Este servicio es proporcionado para permitir al estudiante que permanezca en la escuela para mantener o mejorar su potencial en el aprendizaje y en la educación.

**El medicamento debe estar en el mismo recipiente que se compro y con la etiqueta de la farmacia adjunta. La receta debe ser recetada al estudiante a el cual se le administrara la medicina. Ninguna medicina (incluyendo medicina que se compre sin receta como Tylenol, pastillas para la tos, etc) será administrada en la escuela sin receta medica actual. La ley estatal permite a estudiantes a que ellos solos se administren el medicamento respirador para el asma o la epinefrina auto-inyectable con el consentimiento especifico de un medico o padres. Consentimientos para la administración a si mismo están disponibles en la oficina escolar.**

**NOMBRE DEL ALUMNO:**

**FECHA DE NAC:**

**GRADO:**

**ESCUELA:**

**FAX:**

**MAESTRO/A:**

**TO BE COMPLETED BY HEALTH CARE PROVIDER:**

Condition for which medication being given: \_\_\_\_\_

Medication Prescribed: \_\_\_\_\_

Dosage (*school only*): \_\_\_\_\_ Time(s): \_\_\_\_\_ Route: \_\_\_\_\_

Medication to be administered until: \_\_\_\_\_ (date)

It is necessary for this medication to be taken during school day at the time(s) indicated above.

Physician Signature: \_\_\_\_\_

Physician Name: \_\_\_\_\_ Date: \_\_\_\_\_

*(Please stamp or print)*

Address: \_\_\_\_\_ Phone: \_\_\_\_\_ Fax: \_\_\_\_\_

**ESTA PARTE DEBE SER COMPLETADA POR LOS PADRES:**

Yo autorizo al personal para que le admnistre a mi hijo el medicamento mencionado arriba como fue ordenado por el medico. Yo do el consentimiento para que la enfermera escolar se ponga en contacto con el medico con referencia a este medicamento.

Firma del Padre/Guardian: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Numero de telefono(s): \_\_\_\_\_

*(Hogar)*

*(Celular)*

*(Trabajo)*