**AUTORIZACIÓN ASISTENCIA EN ADMINISTRACIÓN DE MEDICAMENTOS**

**2021-2022**

Nombre del Estudiante: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ # de ID: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Fecha de Nac.: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Domicilio: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Escuela: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Grado: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Maestro/a: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Teléfono del Padre/Guardián: Hogar: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Empleo: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Celular: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Emergencia: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**INFORMACIÓN IMPORTANTE**

De acuerdo al Código de Educación de California, Sección 49423, y Sección 504 del Acto de Rehabilitación de 1973 y Título II del Acto de Americanos Discapacitados de 1990, los estudiantes que tengan una Discapacidad Médica, por la cual un doctor hay prescrito Medicamento para ser tomado durante el día escolar, ya sea de duración limitada o permanente, ellos tienen derecho a buscar y pedir asistencia al distrito para que la necesidad de tomar el medicamento sea lograda cuando el estudiante está bajo el cuidado, la custodia o el control del distrito, incluyendo viajes de excursión, eventos deportivos, y otras actividades patrocinadas fuera de la escuela.

Antes de que la Asistencia en la Administración de Medicamentos pueda ser proporcionada, aun si el estudiante tiene un Plan de Educación Individual (“IEP”) o un “Plan 504,” esta forma de Autorización Asistencia en la Administración de Medicamentos (Autorización) debe ser ejecutada debidamente cuando menos por un padre/tutor legal **y** el proveedor de salud/médica del estudiante. **Una nueva forma de Autorización es requerida al principio de cada año escolar y en cualquier momento que las instrucciones en la administración del medicamento cambien, tales como el medicamento, la dosis, el horario, o la frecuencia.** El padre/tutor legal debe inmediatamente notificar al Distrito de cualquier cambio en las instrucciones del medicamento. Hasta que el Distrito reciba una Autorización actualizada, firmada por el padre/tutor legal, y por el proveedor de salud/cuidado médico, el Distrito continuará siguiendo las instrucciones en la Autorización existente a menos de que: (a) haya evidencia de que la salud del estudiante pueda estar en riesgo por el continuo uso de las instrucciones del medicamento anterior, o (b) el padre/tutor legal proporcione un documento escrito indicando que la Asistencia del Medicamento es para interrumpirse o para ser suspendida hasta que la nueva Autorización pueda ser proporcionada. En tales situaciones, el padre/tutor legal necesitará proporcionar Asistencia en la Administración de Medicamentos en el horario acordado durante el día escolar de una manera segura y apropiada, y debidamente para no interrumpir el ámbito educacional. Al final del año escolar, todos los medicamentos deben ser recogidos en 5 días, o serán destruidos de acuerdo a las regulaciones de seguridad.

Todos los medicamentos deben ser proporcionados al Distrito por el padre/tutor legal; el distrito mantendrá guardado el medicamento y lo dispensará de acuerdo a las instrucciones de la administración. Todos los medicamentos proporcionados al Distrito deben estar en su forma original con su etiqueta (eje.: botellas originales recetadas, paquetes sellados, etc.) como son recibidos del doctor, el farmacéutico, o de la tienda. Con la excepción de inhaladores personales de asma y epi-pens personales, **un estudiante no debe poseer independientemente Medicamentos durante el día escolar o mientras se encuentre en la propiedad del distrito.** Debido a preocupaciones de seguridad y de salud, incluyendo el potencial de que el medicamento sea hurtado o el potencial de que el medicamento sea compartido, o el medicamento sea usado por otros estudiantes, quienes después puedan sufrir reacciones alérgicas u otras reacciones negativas, no hay excepciones a este requerimiento. Un estudiante poseyendo Medicamento personal, o proporcionando Medicamento a otro estudiante, pueda enfrentar disciplina.

**Discapacidad Médica**, significa cualquier condición mental o física que limita la habilidad de un estudiante para que participe en actividades mayores de la vida, tales como alimentándose, respirando, escuchando, hablando, aprendiendo, o desarrollando habilidades de cuidado a sí mismo, o de lo contrario que está sujeto a una discapacidad o condición médica para la cual ese medicamento ha sido recetado por un doctor.

**Medicamento,** significa cualquier tipo de medicina actual (sin ser caducado) recetado, asimismo a los remedios que se encuentran a la venta libre (tales como aspirina, descongestionantes, gotas oftálmicas) y suplementos nutricionales/o base de hierbas.

**Asistencia,** significa proporcionando al estudiante el medicamento de acuerdo a las instrucciones o direcciones escritas de un doctor, cuando el estudiante se presente en el horario acordado, o como respuesta a circunstancias urgentes o de emergencia. Con la excepción de lo acordado legalmente, Asistencia puede ser proporcionada por un empleado del distrito que no sea una enfermera o proveedor con licencia o proveedor de cuidado médico entrenado. El padre/tutor legal será informado debidamente y puntualmente de cualquier Asistencia de emergencia proporcionada al estudiante. Todos los reportes de Asistencia de emergencia serán documentados para mantener records de acuerdo a las leyes gobernantes y de acuerdo a las normas y procedimientos del Distrito.

**AUTORIZACIÓN PADRE/TUTOR LEGAL**

Yo he leído, comprendido, y estoy de acuerdo en comprometerme a los derechos y las obligaciones contenidas en la sección de la Información Importante de esta Autorización. Yo hago la petición para que la Asistencia en la Administración de Medicamentos sea proporcionada a mi hijo/a.

El estudiante comprende sus obligaciones descritas en la sección de la Información Importante, incluyendo la necesidad de asegurarse que él/ella cumpla con las instrucciones para recibir la asistencia/ayuda (eje: venir a la escuela o a la oficina de la enfermera escolar a diario, a la misma hora, sin la necesidad de que un empleado del distrito haga el intento de localizarlo) y comprenda la norma en contra de la posesión personal o compartiendo el Medicamento (excepto en la posesión de los inhaladores de asma y los epi-pens). Yo comprendo que si el estudiante fracasa en satisfacer estas obligaciones, él/ella pueda enfrentar acciones disciplinarias y/o esta Autorización pueda ser revocada.

A menos de que sea requerida por la ley, yo comprendo que no se garantiza que la Asistencia en la Administración de Medicamentos será desarrollada por una enfermera o proveedor de cuidados médicos con licencia, aunque el distrito tomará los pasos razonables para asegurar que un empleado del distrito haya recibido entrenamiento que cumpla con todos los requerimientos legales. Como asociado del Distrito en la protección de la seguridad y la salud del estudiante, yo trabajaré con el personal escolar con respecto a las cuestiones de la Asistencia en la Administración de Medicamentos, incluyendo Asistencia en la Admiración de Medicamentos cuando la expectativa de participación del estudiante cuando la escuela participe en actividades fuera de la escuela y son patrocinadas por el distrito. Y también yo notificaré puntualmente al Distrito de cualquier cambio en las instrucciones en la administración del medicamento. Asimismo yo tengo la responsabilidad de obtener una forma nueva de autorización, para que sea firmada por un proveedor de cuidado médico con licencia cuando haya un cambio en las instrucciones en la Administración. Yo cumpliré con las instrucciones descritas anteriormente si los cambios debieran hacerse en las instrucciones en la Administración de la medicina.

Con respecto a las cuestiones a la Asistencia en la Administración de Medicamentos cubiertos en esta Autorización, yo autorizo al Distrito y el proveedor de cuidados médicos/salud mencionado en seguida para discutir información médica y/o del medicamento del estudiante, y yo autorizo al proveedor de cuidados médicos/salud en proporcionar cualquier información adicional al Distrito como sea necesaria para realizar esta autorización.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Fecha Firma del Padre/Tutor Legal Letra de Molde del Padre/Tutor Legal

**PHYSICIAN AUTHORIZATION**

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (student name) is under my care and I have personally direct the following: **(If more than two medications are prescribed, or more explanation is needed, physically attach to this Authorization a separate signed sheet noting the additional information**)

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **1st Med. Name** | Dosage | Method of Admin. | Duration (date/week/month/until discontinued) |
|  |  Regular (if yes, add Interval/Time of Day) |  Emergency basis (Must Describe Symptoms/Triggers) |  As Needed (Must Describe Symptoms/Triggers) |
| Student capable of self-administering? Yes No | | Student may/should carry medication? Yes No (applies only to inhalers/epi-pens) | |
| Must a District employee have special training/experience before providing assistance? Yes No (If yes, describe the training/experience). | | | |
| Post Assistance Care/Potential Adverse Reactions/Follow-up/Emergency Care: | | | |
| **2st Med. Name** | Dosage | Method of Admin. | Duration (date/week/month/until discontinued) |
|  |  Regular (if yes, add Interval/Time of Day) |  Emergency basis (Must Describe Symptoms/Triggers) |  As Needed (Must Describe Symptoms/Triggers) |
| Student capable of self-administering? Yes No | | Student may/should carry medication? Yes No (applies only to inhalers/epi-pens) | |
| Must a District employee have special training/experience before providing assistance? Yes No (If yes, describe the training/experience). | | | |
| Post Assistance Care/Potential Adverse Reactions Requiring Follow-up/Emergency Care: | | | |

Additional Remarks/Directions\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Physician’s Name \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Medical License No. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Address \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Telephone\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Physician’ss Signature\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Date \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_