

ACADEMIA CESAR CHAVEZ**FORMULARIO AUTORIZACIÓN DE MÉDICA****AÑO ESCOLAR:**

padre / tutor Y un profesional de la salud con licencia deben proporcionar un permiso por escrito para que el personal de la escuela administre medicamentos cada año escolar.

Estudiante: _____ **Fecha de nacimiento:** _____ **Grado:** _____

MÉDICO / PROVEEDOR LICENCIADO - POR FAVOR COMPLETE

LOS MEDICAMENTOS REQUERIDOS DURANTE LAS HORAS ESCOLARES					
Todas las autorizaciones expiran al final del año escolar o después de una sesión de verano de año extendido					
Medicación / Tratamiento	Diagnóstico	Dosis	Tiempo	Ruta	Posibles efectos secundarios
1.					
2.					
3.					

Inhalador - Por favor, incluya plan de acción contra el asma:

- el estudiante puede llevar a / auto administrar su / su inhalador de acuerdo con las instrucciones del prescriptor con licencia. Este estudiante ha recibido instrucciones sobre el uso adecuado, los efectos secundarios y las garantías con respecto a este medicamento.
- Es mi opinión profesional que este estudiante **no debe llevar** su medicamento inhalado

Autoinyector de epinefrina: incluya el Plan de acción de anafilaxia:

- El estudiante puede llevar / autoadministrarse el autoinyector de epinefrina (Epi-Pen) de acuerdo con las instrucciones del médico autorizado. Este estudiante ha recibido instrucciones sobre el uso adecuado, los efectos secundarios y las garantías con respecto a este medicamento.
- Es mi opinión profesional que este estudiante **no debe llevar** su Epi-pen / autoinyector.

Otro:

- El estudiante puede llevar / auto administrarse _____ (identifíquese).

Firma del proveedor de atención médica con proveedor de atención

Nombre impreso del licenciado salud con licencia

Fecha

Nombre / dirección de la Clínica

Número de teléfono de la Clínica

Fax de la Clínica

AUTORIZACIÓN DE MEDICACIÓN DEL PADRE / TUTOR

- Solicito que el medicamento que aparece en la lista se administre durante el horario escolar según lo ordenado por El proveedor de atención médica con licencia de este estudiante. Solo los medicamentos diarios y aquellos para condiciones de vida o emergencia se enviarán en excursiones.
- Proporcionaré a la escuela la autorización del médico / prescriptor con licencia para cualquier cambio en los medicamentos y / o tratamientos. (Ejemplo: cambio de dosis, cambio de tiempo, discontinuado, etc.)
- Doy permiso al personal escolar designado para administrar los medicamentos anteriores y / o realizar tratamientos. Liberó al personal de la escuela de cualquier responsabilidad en la administración de este medicamento o tratamiento.
- Entiendo que el personal de salud de la escuela no puede administrar el / los medicamento (s) / tratamiento (s) / procedimiento (s) indicado en este formulario sin la autorización tanto del médico / prescriptor con licencia de mi estudiante como del tutor / padre.**
- Doy permiso para que el personal de la oficina de salud consulte con el proveedor de atención médica con licencia de este estudiante con respecto a las preguntas sobre las afecciones médicas anteriores y los medicamentos / procedimientos que se utilizan para tratar la afección.
- Doy permiso para que el personal de la oficina de salud se comuniquen según sea necesario con el personal de la escuela sobre las condiciones de salud de mi estudiante y la acción del medicamento y / o tratamiento.

Firma del padre / tutor: _____ Fecha: _____

Nombre del padre / tutor (en letra de imprenta) _____ Tel # _____