

ACADEMIA CESAR CHAVEZ**FORMULARIO AUTORIZACIÓN DE MÉDICA****AÑO ESCOLAR: 2021-2022**

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 # _____

ACADEMIA CESAR CHAVEZ

MEDICAL AUTHORIZATION FORM

SCHOOL YEAR: 2021-2022

Parent/Guardian AND a licensed healthcare professional must provide written permission for school personnel to administer medication(s) every school year.

Student: _____ DOB: _____ Grade: _____

PHYSICIAN/LICENSED PROVIDER - PLEASE COMPLETE

Table with 6 columns: Medication/Treatment, Diagnosis, Dose, Time, Route, Possible Side Effects. Title: MEDICATIONS REQUIRED DURING SCHOOL HOURS. Subtitle: All Authorizations expire at the end of the school year or following extended year summer session.

Inhaler - Please include Asthma Action Plan:

- Student may carry/self administer his/her inhaler according to the licensed prescriber's instructions. This student has been instructed on proper use, side effects, and safeguards regarding this medication.
It is my professional opinion that this student should not carry his/her inhaled medication.

Epinephrine auto-injector - please included Anaphylaxis Action Plan:

- Student may carry/self administer epinephrine auto-injector (Epi-Pen) according to the licensed prescribers instructions. This student has been instructed on proper use, side effects, and safeguards regarding this medication.
It is my professional opinion that this student should not carry his/her Epi-pen/auto-injector.

Other:

- Student may carry/self administer _____ (please identify).

Signature of Licensed Health Care Provider Printed name of Licensed Healthcare Provider Date

Clinic Name/Address Clinic Phone # Clinic Fax #

PARENT/GUARDIAN MEDICATION AUTHORIZATION

- I request the medication listed be given during the school hours as ordered by this student's licensed healthcare provider. Only daily medications and those for life threatening/emergency conditions will be sent on field trips.
I will provide the school with physician/licensed prescriber authorization for any change in medication(s) and/or treatment(s). (Example: dosage change, time change, discontinued, etc.)
I give permission to designated school staff to administer the above medication(s) and/or perform treatments. I release the school personnel from any liability in the administration of this medication or treatment.
I understand that school health staff cannot administer the medication(s)/treatment(s)/procedure(s) indicated on this form without authorization from both my student's physician/licensed prescriber and guardian/parent.
I give permission for health office staff to consult with this student's licensed healthcare provider regarding questions about the above medical condition(s) and medication/procedure being used to treat the condition.
I give permission for the health office staff to communicate as needed with school staff about my student's health condition(s) and the action of the medication and/or treatment.

Parent/Guardian Signature: _____ Date: _____

Parent/Guardian name (please print) _____ Tel # _____