



Gabrielle Acuna MSN, RN, PHN, CSN (RFK)  
 Tel. (661) 720-5296 Fax (661) 721-0833  
 Ana Hernandez BSN, RN, PHN, SN (DHS)  
 Tel. (661) 720-4128 Fax (661) 720-4219  
 Marisol Espinoza BSN, RN, PHN (CCHS)  
 Tel. (661) 720-4456 Fax (661) 725-8689  
 1720 Norwalk St.-Delano, CA 93215

**AUTORIZACION PARA ALGUN MEDICAMENTO TOMADO DURANTE LAS HORAS DEL LA ESCUELA**  
**School Year: 2023-2024**

**Part 1: Debe ser completado por el Padre o Guardián Legal**

**Nota:** Todos los medicamentos deben ser prescritos, incluyendo los medicamentos sin receta. Los medicamentos deben estar en el frasco original y la etiqueta debe incluir el nombre de el niño, el nombre del medicamento, la dosis, el metodo de administración, y el nombre de el medico.

Yo solicito que el personal asignado de la escuela ayude a mi niño tomar este medicamento prescrito (incluyendo los medicamentos sin receta). Yo entiendo que mi niño no puede tener, ni puede tomar ningun medicamento en la escuela al menos que todos los requisitos sean completados. Yo por el presente doy el consentimiento para que un(a) enfermero(a) a de la escuela o administrador del Distrito se comuniqué con el medico de mi hijo y el personal de la escuela cuanda sea necesario con respecto a este medicamento.

Nombre del Estudiante	Fecha de Nacimiento	ID#		
Nombre de la Escuela	Grado	Maestro	Numero de Salon	
He leído y he entendido la "Nota de Provisiones" impresas abajo. Notificare la escuela inmediatamente si hay algun cambio en los medicamentos que me niño toma en la escuela.				
Fecha	Firma del Padre o Guardián Legal	Telefono del Hogar	Telefono del Trabajo	Telefono de Emergencia

Revise por favor la "Nota de Provisiones" Secciones del Codigo de el Departamento de Educación de California (CEC) Secciones 49423, 49480 y el Codigo Administrativo de California (CAC) Titulo 5, 18170, más abajo.

**Codigo del Departamento de Educacion De California, Sección 49423 – La Administración de medicamentos prescritos para el alumno**

Apesar de las provisiones de la Sección 49422, cualquier alumno que es requerido tomar, durante el dia lectivo regular, un medicamento prescrito para él/ella por un medico, puede ser ayudado por la enfermera de la escuela u otra persona designada, se el distrito escolar recibe:

- Una declaración escrita de tal medico detallando el método, la cantidad, y los horarios por lo cuál el medicamento debrerá ser tomado, y
- Una declaración escrita por el padre o el guardian del alumno que indica el deseo que el distrito escolar ayude al alumno en cuestiones expuestas en la declaración del medico.

**Codigo del Departamento de Educacion de California, Sección 49480 – Uso continuo de un medicamento para una condición que no es episódico; notificación requerida para los empleados de la escuela.**

El padre o guardian legal del alumno, de una escuela publica, con un regimen continuo de un medicamento para una condición que no es epicódico, informará la enfermera de la escuela, or otra empleado designado y certificado, del medicamento que debe ser tomado, la dosis, y el nombre del medico que lo supervise. Con el consentimiento del padre o guardian legal del alumno el/lia enfermero(a) escolar puede comunicarse con el medico y puede aconsejar el personal de la escuela con respecto al los efector posibles de la droga en la conducta fisica, intelectual, y social del niño. Tambien como los signos posibles de su conducta y sintomas de los efectos adversos, omission, o dosis excesiva. El superintendente de cada distrito escolar sera responsable de informar a los padres de todos los alumnos, de los requisitos de esta sección.

**Codigo Administrativo de California Titulo 5, 18170 – La agencia seguirá estas provisiones que pertenecen al medicamento**

- Un miembro asignado del personal adminstrará el medicamento prescrito por un medico a un niño solamente con un consentimiento escrito de los padres.
- Un registro de la dosis, la feha y hora que el medicamento es dado al niño sera mantenido por la agencia.
- Las medicinas seran centralmente almacenadas y se mantendrán en un lugar seguro y cerrado que no sea accessible a otras personas que no sean los empleados responsables de la supervision de la salud. Cada frasco llevara el nombre del medicamento, el nombre de la persona para quien es prescrito, el nombre del médico y las instrucciones del medico. Todos los medicamentos, centralmente almacenados, se marcaran y seran mantenidos de acuerdo con las leyes del Estado y Federales. Los medicamentos de cada persona se almacenarán en el frasco en que fueron originalmente recibidos. Ningún medicamento sera transferido entre los frascos. La agencia sera responsable de asegurar que un registro de todas las medicinas prescritas, para cada persona en el cuidado de la agencia, incluye: el nombre de la persona para quien esta prescrito, el nombre de la droga. La potencia, la cantidad, la fecha llenada, el numero de la prescripcion y el nombre de la farmacia que la cubrio.
- Todas la medicinas se almacenaran centralmente en una area que es totalmente inaccessible a los niños.

**\*\*Los procedimientos debajo de el Programa Individualizado de la Educación (IEP), el Programa Individualizado de la Salud (IHP) o el Plan 504, no deben ser dirigidas en esta forma. Por favor pida la forma para los Servicios Especializados del Cuidado de la Salud Fisca a según al codigo del Departamento de Educación de California Sección 49423.5.**



Gabrielle Acuna MSN, RN, PHN, CSN (RFK)  
Tel. (661) 720-5296 Fax (661) 721-0833  
Ana Hernandez BSN, RN, PHN, SN (DHS)  
Tel. (661) 720-4128 Fax (661) 720-4219  
Marisol Espinoza BSN, RN, PHN (CCHS)  
Tel. (661) 720-4456 Fax (661) 725-8689  
1720 Norwalk St.-Delano, CA 93215

## Part 2: To be completed by the Physician

The child named below is under my care. It is necessary for him or her to receive the following medication during school hours.

Name of Child (Print): \_\_\_\_\_

Diagnosis for which medication is prescribed: \_\_\_\_\_

Name of medication (one medication per form): \_\_\_\_\_

Dosage (Be specific, i.e., milligrams, etc.): \_\_\_\_\_

Time of day to be given: \_\_\_\_\_ Frequency if 'as needed': \_\_\_\_\_

If 'as needed' described indications and sequence orders:

Method of administration: **ORAL**  Liquid  Tablet  Inhaler **DROPS**  Eye R L  Nostrils R L  
**Topical**  **Other**  \_\_\_\_\_

Precautions, reactions, or side effects: \_\_\_\_\_

For Severe Allergy:

*If the following symptoms occur (check appropriate):*

- Choking  Hives  Skin Rash  Swelling (eyes and lips)  Breathing difficulty  
 Loss of consciousness  Other: \_\_\_\_\_

Use: (circle one) Epi-pen Jr. or Epi-pen

- Transport student to nearest emergency room

Storage and Handling  Routine handling, medications in locked storage and administered by authorized school personnel.

- 72 hour disaster supply only  Refrigeration

If Medically Necessary  Child to carry, school personnel to administer  Child trained to carry and self-administer (medicate)

Additional special instructions/interventions \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Physician (printed Name) Date Signature

\_\_\_\_\_  
Office Address Office Phone Office Fax

\*\*\* SCHOOL STAFF: Notify school nurse or district administrator if allergy or asthma is indicated under diagnosis.

S:\HEALTH\FORMS\Authorization for any Medication.doc