

## AUTORIZACIÓN PARA ASISTENCIA CON MEDICAMENTOS

Nombre del Estudiante: \_\_\_\_\_ No. SIS: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

Escuela: \_\_\_\_\_ Grado: \_\_\_\_\_ Maestro: \_\_\_\_\_

Teléfono del Padre/Tutor: Casa: \_\_\_\_\_ Trabajo: \_\_\_\_\_ Celular: \_\_\_\_\_ Emergencia: \_\_\_\_\_

### INFORMACIÓN IMPORTANTE

De acuerdo con el Código de Educación de California, artículo 49423, y con el artículo 504 de la Ley de Rehabilitación (Rehabilitation Act) de 1973 y el Título II de la Ley para Estadounidenses con Discapacidades (Americans with Disabilities Act) de 1990, los estudiantes que tienen una Discapacidad Médica para la cual un médico ha recetado un Medicamento que se debe tomar durante el día de clase, ya sea por un tiempo limitado o permanentemente, tienen derecho a solicitar asistencia del Distrito para satisfacer su necesidad del Medicamento cuando el estudiante está bajo el cuidado, custodia o control del Distrito, incluyendo durante excursiones, eventos deportivos y otras actividades fuera de la escuela auspiciadas por el Distrito. **Con excepción de los inhaladores personales para asma, epi-plumas personales, y kits de glucagón, un estudiante no podrá tener en su poder Medicamentos de manera independiente durante el día de clase o mientras está en la propiedad del Distrito.** Por cuestiones relacionadas con la salud y la seguridad, incluso la posibilidad de robo del Medicamento o de que el Medicamento sea compartido/usado por otros estudiantes que luego pueden sufrir reacciones alérgicas u otras reacciones negativas inesperadas, **no hay excepciones a este requisito.** Un estudiante que tenga personalmente en su poder un Medicamento, que use indebidamente un Medicamento, o que proporcione un Medicamento a otro estudiante podrá estar sujeto a medidas disciplinarias.

**Medicamento** significa cualquier Medicamento recetado vigente (no vencido), así como remedios de venta libre (tales como aspirina, descongestionantes, gotas para los ojos) y suplementos nutricionales/de hierbas. Debido a que varios medicamentos de venta libre pueden representar riesgos para la seguridad o la salud de otros, todos los Medicamentos están sujetos a las siguientes normas y regulaciones.

**Discapacidad Médica** significa cualquier trastorno mental o físico que limita la capacidad de un estudiante de participar en las principales actividades de la vida, (tales como comer, respirar, oír, hablar, aprender u ocuparse de su persona), o que está sujeto de alguna otra manera a una discapacidad o trastorno médico para el cual un médico ha recetado o recomendado un Medicamento.

**Asistencia con Medicamentos** significa guardar un Medicamento, o entregar un Medicamento a un estudiante, de acuerdo con las instrucciones o directivas escritas de su médico, cuando el niño se presenta a una hora acordada, o en respuesta a circunstancias urgentes o de emergencia. Cuando lo permitan las leyes, la Asistencia puede ser provista por un empleado del Distrito que no sea un enfermero o proveedor de atención médica con licencia profesional o capacitación. Toda asistencia de emergencia provista a un estudiante se informará sin demora al padre/tutor. Toda otra información/informe de Asistencia de emergencia se efectuará de acuerdo con las leyes vigentes y las políticas y procedimientos del Distrito.

Antes de que se pueda brindar Asistencia con Medicamentos, aunque el estudiante tenga un Plan Individualizado de Educación (“Individualized Education Plan” [IEP]) o un “Plan 504”, este formulario de Autorización para Asistencia con Medicamentos (la “Autorización”) debe ser firmado por lo menos por un padre/tutor legal y por el proveedor de atención médica debidamente autorizado. Se requiere una nueva Autorización al comienzo de cada año escolar y cada vez que haya un cambio en las directivas para el Medicamento, (tales como un cambio de Medicamento, dosis, horario o frecuencia). El padre/tutor legal debe notificar de inmediato al Distrito de cualquier cambio en las directivas para el Medicamento.

Todos los Medicamentos deben ser entregados al Distrito por el padre/tutor legal, y el Distrito guardará los Medicamentos y los entregará en cumplimiento de la directiva para el Medicamento. Todos los medicamentos entregados al Distrito deben estar en su envase original rotulado (es decir en la botella original recetada, en un envase sellado, etc.) como se recibe del médico, farmacéutico o tienda. Hasta que el Distrito reciba una Autorización actualizada, firmada por el padre/tutor legal y el proveedor de atención de la salud, el Distrito continuará proporcionando el Medicamento entregado y brindará Asistencia con Medicamentos de acuerdo con una Autorización vigente, a menos que (a) haya pruebas de que la salud del estudiante puede correr peligro si se continúa utilizando la directiva anterior para el Medicamento, o (b) el padre/tutor legal entrega una declaración escrita de que la Asistencia para Medicamentos se debe interrumpir o suspender hasta que se pueda entregar la nueva Autorización. En tales situaciones, el padre/tutor legal deberá proporcionar la Asistencia para Medicamentos al estudiante en los horarios acordados durante el día de clase, de manera segura y adecuada, que no interrumpa innecesariamente el ambiente educativo.

# AUTORIZACIÓN PARA ASISTENCIA CON MEDICAMENTOS

## AUTORIZACIÓN DEL PADRE/TUTOR

He leído, comprendo y estoy de acuerdo en respetar los derechos y obligaciones incluidos en la sección de Información Importante de esta Autorización. Solicito que se proporcione Asistencia para Medicamentos a mi Estudiante.

El Estudiante comprende sus obligaciones descritas en la sección de Información Importante anterior, incluso la necesidad de cerciorarse de que cumple con las directivas para recibir Asistencia Médica (es decir, presentarse en la oficina de la escuela o en la enfermería cada día a la misma hora, sin necesidad de que un empleado del Distrito trate de localizarlo) y la política que le prohíbe tener en su poder o compartir el Medicamento (con excepción de los inhaladores para asma, epi-plumas, y kits de glucagón). Comprendo que si el Estudiante no cumple con estas obligaciones, él o ella podrá estar sujeto a medidas disciplinarias y/o la Autorización podrá ser revocada.

Excepto cuando lo requiera la ley, comprendo que no hay garantía alguna de que la Asistencia para Medicamentos será provista por un enfermero o proveedor de atención de la salud con licencia profesional, aunque el Distrito tomará medidas razonables para garantizar que el empleado del Distrito que proporciona la Asistencia ha recibido capacitación que cumpla con todos los requisitos legales. Como socio del Distrito en la protección de la salud y seguridad del Estudiante, cooperaré con el personal de la escuela en temas relacionados con la Asistencia para Medicamentos, incluso en temas relacionados con la Asistencia para Medicamentos cuando se espera que el Estudiante participe en actividades auspiciadas por el Distrito fuera de la escuela. También informaré sin demora al Distrito de cualquier cambio en las directivas sobre el Medicamento. Es mi responsabilidad obtener un nuevo formulario de Autorización, firmado por un proveedor de atención médica con licencia profesional, cuando haya un cambio en las directivas sobre el Medicamento. Cumpliré con mis responsabilidades descritas arriba si hubiera algún cambio en las directivas sobre el Medicamento.

Con respecto a los temas relacionados con la Asistencia para Medicamentos cubiertos por esta Autorización, autorizo al Distrito y al proveedor de atención de la salud que figura abajo a conversar sobre la información médica y/o la información sobre el Medicamento del estudiante. Autorizo al proveedor de atención de la salud a proporcionar la información adicional al Distrito que pueda ser necesaria para cumplir con esta Autorización, y autorizo la divulgación de esta información a todos los empleados y voluntarios capacitados del Distrito que puedan supervisar o interactuar con regularidad con el Estudiante.

Fecha

Firma del Padre/Tutor

Nombre del Padre/Tutor en letra de molde

## AUTORIZACIÓN DEL MÉDICO

\_\_\_\_\_ (nombre del estudiante) está bajo mi cuidado y he dado personalmente las siguientes directivas: **(Si se recetan más de dos medicamentos o es necesaria más explicación, adjunte físicamente a esta Autorización una hoja separada firmada que incluya la información adicional)**

| Nombre del 1 <sup>er</sup> médico:  | Dosis:  | Forma de administ.   | Duración (día/semana/mes/hasta que se interrumpa)                                     |
|---|---|--|---|
|   | <input type="checkbox"/> Regular (si es sí, agregue Intervalo/Hora del día)   | <input type="checkbox"/> Situación de emergencia (debe describir síntomas/descadenantes) | <input type="checkbox"/> Cuando sea necesario (debe describir síntomas/descadenantes) |
| ¿El estudiante puede administrárselo solo? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No  | ¿El estudiante puede/debe llevar consigo el medicamento? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No (se aplica sólo a inhaladores/epi-plumas/glucagón) |  |   |
| ¿El empleado del Distrito debe tener capacitación/experiencia especial antes de brindar asistencia? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No (si contesta sí, describa la capacitación/experiencia). |   |  |   |
| Atención posterior a la Asistencia/Posibles reacciones adversas/Seguimiento/Atención de emergencia:   |   |  |   |
| Nombre del 2 <sup>o</sup> médico:   | Dosis:  | Forma de administ.   | Duración (día/semana/mes/hasta que se interrumpa)                                     |
|   | <input type="checkbox"/> Regular (si es sí, agregue Intervalo/Hora del día)   | <input type="checkbox"/> Situación de emergencia (debe describir síntomas/descadenantes) | <input type="checkbox"/> Cuando sea necesario (debe describir síntomas/descadenantes) |
| ¿El estudiante puede administrárselo solo? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No  | ¿El estudiante puede/debe llevar consigo el medicamento? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No (se aplica sólo a inhaladores/epi-plumas/glucagón) |  |   |
| ¿El empleado del Distrito debe tener capacitación/experiencia especial antes de brindar asistencia? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No (si contesta sí, describa la capacitación/experiencia). |   |  |   |
| Atención posterior a la Asistencia/Posibles reacciones adversas que requieran seguimiento/Atención de emergencia:   |   |  |   |

Comentarios/instrucciones adicionales \_\_\_\_\_

Nombre del médico \_\_\_\_\_ No. de licencia médica profesional \_\_\_\_\_

Dirección \_\_\_\_\_ Número de teléfono \_\_\_\_\_

Firma del médico \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_