

Encinitas Union School District  
101 S. Rancho Santa Fe Rd., Encinitas, CA 92024  
AUTORIZACION PARA ADMINISTRACION DE MEDICAMENTO  
(Seccion 49423 delCodigo de Educacion)

Yo firmo como padre/guardian legal de \_\_\_\_\_  
Nombre del Estudiante Maestro Grado

\_\_\_\_\_ quien asiste a \_\_\_\_\_ pido que los siguientes medicamentos:  
Fecha de Nacimiento Escuela se le hagan disponibles a mi hijo a la hora

\_\_\_\_\_ se le hagan disponibles a mi hijo a la hora  
prescrita \_\_\_\_\_. Entiendo que solamente el personal autorizado por el  
director de la escuela asistira a mi hijo para que tome su medicamento como dirigido por su doctor. Doy mi autorizacion para que el personal de la  
escuela se ponga en contacto con el doctor como sea necesario.

Yo proporcionare el medicamento en la caja/envase recetado etiquetado con el nombre de mi hijo, el nombre del doctor, y la cantidad recetada.

Entiendo que si alguna de las condiciones definidas en esta forma cambiara, una nueva forma debera ser firmada por el padre/guardian y el doctor  
de mi hijo.

Medicamentos con o sin receta medica no son  
permitidos en la escuela sin la forma necesaria  
firmada por el padre/guardian pidiendo que  
el distrito asista al estudiante de la manera  
descrita por el medico en la parte de abajo  
de esta forma.

Estoy de acuerdo en no hacer responsables al  
distrito, sus oficiales, empleados o agentses,  
de ninguna demandade cualquier tipo, que pudiera  
surgir como resultado de la administracion de este  
medicamento de acuerdo con esta peticion.

ESTA FORMA ES VALIDA SOLAMENTE  
PARA EL ANO ESCOLAR

20 \_\_\_\_\_ to 20 \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Firma de padre/guardian Fecha

\_\_\_\_\_  
Direccion

\_\_\_\_\_  
Tel. casa trabajo

Physician Statement

This portion to be completed by a physician licensed in the State of California. (If P.R.N. describe symptoms)

Name of Medication	Method of Administration	Dosage	Approximate Time of Day
#1 _____	_____	_____	_____
#2 _____	_____	_____	_____

2. Discontinue Medication #1 on \_\_\_\_\_ and Medication #2 on \_\_\_\_\_  
Date Date

3. Type of Assistance for Administering Medication (Observe, measure, etc. \_\_\_\_\_)

4. Precautions for Administration or Storage of Medication \_\_\_\_\_

5. Do you wish to have school personnel contact you to discuss this medication?  
Intervals \_\_\_\_\_

Yes  No  (If yes, please indicate one of the following): Daily, Weekly, Quarterly, etc.

\_\_\_\_\_  
Printed Name of Physician Medical License Number Telephone Number

\_\_\_\_\_  
Signature of Physician Date -OVER- SE-1 (11/14)

El procedimiento a seguir para suministrar medicamentos con y sin rec? medica anotados en este forma se llevara a cabo bajo las siguiented condiciones:

1. Solamente el medicamento prescrito por el doctor del alumno que sea necesario que el alumno tome en la manera descrita en esta forma debera traversarse a la escuela. (Se require del permiso de los padres tambien.)
2. El alumno debera tomar dicho medicamento de acuerdo con las instrucciones del doctor anotadas en esta forma.
3. El medicamento traído a la escuela para darle al alumno de acuerdo con las provisiones anotadas en esta forma debera estar en el envase original de la receta claramente marcado con el nombre del alumno; el nombre del doctor que lo receto; el farmacista que se lo vendio o el fabricante; y la cantidad de medicina que debera tomar a lo hora especificada o en situaciones especificas, etc. (Los padres pueden pedirle al doctor una racion doble para tener una en casa y una en la escuela.)
4. Todas las medicinas se guardaran en un lugar seguro. Cualquier tipo de instrucciones especiales para huardar la medicina o medidas de seguaridad debaran ser escritas por el doctor y entregadas al personal de escuela para que puedan seguirse dichas instrucciones.
5. Uno de los padres o un adulto responsable debera entregar la medicine la forma completa a la oficina de la escuela.
6. Debera renovarse la autorizacion para administracion de medicamentos para cada ano escolar si es necesario continuar con el medicamento.