

**ENCINITAS UNION SCHOOL DISTRICT**  
**Autorización para Administración de Medicamento**  
**Medicamentos Con y Sin Prescripción Médica**

Válido del año escolar \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_

La Sección §49423 del Código de Educación de California, permite que a los estudiantes quienes cuentan con una prescripción médica para tomar medicamento durante el horario de clases, reciban el apoyo del personal de la escuela asignado, o llevar consigo o que dichos estudiantes se administren ciertos medicamentos, cuando cuenten con una autorización por escrito por el padre de familia, tutor legal Y el médico.

**Información del Estudiante**

Nombre del Estudiante: \_\_\_\_\_  M  F Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_  
Apellido Primer Nombre Inicial

Escuela: \_\_\_\_\_ Grado Escolar: \_\_\_\_\_ Nombre del Maestro \_\_\_\_\_

**Autorización de Padre de Familia o Tutor Legal**

De acuerdo con el código de Educación de California §49423 Secciones (a), (b 1,2 & 3) y (c), §49423.1, Secciones (a),(b 1,2 & 3) y (c), y §49407, Yo, el padre o tutor legal del estudiante menor de edad que se menciona en el párrafo anterior por medio del presente autorizo:

\_\_\_\_\_ al personal designado del distrito escolar para que apoye a mi hijo para administrarle el medicamento, monitorear y examinar de acuerdo a **Iniciales** las instrucciones del médico y autorización a continuación.

\_\_\_\_\_ a mi hijo para que pueda llevar consigo y administrarse  un auto-inyector de epinefrina o  inhalador para asma, de acuerdo a las **Iniciales** instrucciones del médico y las iniciales de autorización a continuación.

De acuerdo con el Código de Educación de California §49407, por la presente exonero y descargo de responsabilidad al Distrito Escolar Unido de Encinitas, al Comité de Consejo Administrativo, oficiales, empleados y agentes de toda responsabilidad en relación con lesión, muerte, reacciones adversas y otros daños que puedan surgir de autoadministración o apoyo con la administración del medicamento, de acuerdo a las instrucciones del padre de familia o tutor legal suscrito (quien firma) y el médico, tal como aquí se describe.

Estoy de acuerdo que proporcionaré el medicamento que se indica a continuación, en el envase original, el cual cuenta con una etiqueta con el nombre de mi hijo, el médico que prescribe, nombre del medicamento y la dosis. Además autorizo a él o la enfermera de la escuela o personal de la escuela asignado, consultar con el médico que prescribe, si surge alguna pregunta referente al medicamento y de acuerdo al código de Educación de California §49480. Entiendo que todo medicamento requiere de autorización anual.

_____	_____	_____
Nombre con letra impresa del padre de familia o tutor legal	Firma del padre de familia o tutor legal	Fecha
_____	_____	_____
Domicilio	# de teléfono en casa	# de teléfono del trabajo
_____	_____	_____
Ciudad	El Código Postal	# de teléfono celular

**Physician Authorization-** This section to be completed by the prescribing physician ONLY.

Name of Medication	Method of Administration	Dosage	Route	Approximate Time of Day
--------------------	--------------------------	--------	-------	-------------------------

1: \_\_\_\_\_

2: \_\_\_\_\_

Discontinue medication on: \_\_\_\_\_

Instructions for staff assistance: \_\_\_\_\_

Storage and other precautions: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ I authorize my patient to carry and self-administer  an auto-injector epinephrine pen or  an asthma inhaler according to my instructions and **Initials** authorization here stated. I confirm that I have instructed the student in the procedures, dosages, and time schedule by which the medication is to be taken and the student is competent in self-administering the medication. (California Education Code §49423 Sections (a), (b 1,2 & 3) and (c), §49423.1 Sections (a), (b 1,2 & 3) and (c))

Prescription Date: \_\_\_\_\_

_____	_____	_____
Print Name of Physician	Medical License Number	Telephone Number

_____	_____	_____
Physician's Signature	Date	FAX Number