

**DISTRITO ESCOLAR UNIFICADO DE LIVE OAK**  
**FORMA DE AUTORIZACIÓN ESCOLAR PARA ADMINISTRAR UN MEDICAMENTO**

Esta autorización es valida solamente para el año escolar actual \_\_\_\_\_ incluyendo la sesión de verano.

Escuela: \_\_\_\_\_

Para cumplir los requisitos del Código de Educación 49423, esta forma debe ser completamente llenada para que las escuelas administren el medicamento requerido. Una nueva forma de administración de medicamento debe ser llenada al comienzo de cada año escolar, para cada medicamento, cada vez que haya cambio en la dosis o la hora de administración del medicamento.

- \* El medicamento recetado debe estar en el contenedor marcado por el farmacéutico o recetador.
- \* Medicamento sin ser recetado debe estar en el contenedor original con la etiqueta intacta.
- \* Un adulto debe traer el medicamento a la escuela.
- \* La enfermera escolar llamará al doctor, como permitido por HIPAA, si existe una pregunta sobre el niño/a y/o el medicamento del niño/a.

**Autorización del Doctor**

Nombre del Estudiante: \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_ Grado: \_\_\_\_\_

Condición por la cual el medicamento se le está administrando: \_\_\_\_\_

Nombre del Medicamento: \_\_\_\_\_ Dosis: \_\_\_\_\_ Ruta: \_\_\_\_\_

Hora/frecuencia de administración: \_\_\_\_\_

Efectos secundarios relevantes:  Ninguno se espera  Especifique: \_\_\_\_\_

Medicamento debe ser administrado desde: \_\_\_\_\_ hasta \_\_\_\_\_  
Mes / Día / Año Mes / Día / Año

Nombre del Doctor/Título: \_\_\_\_\_

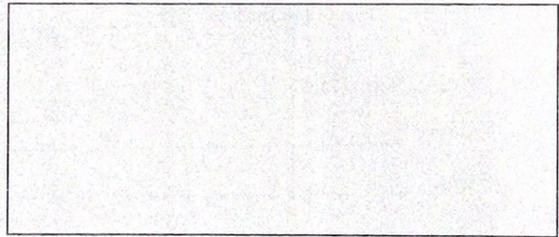
(Imprima o letra de molde)

Teléfono: \_\_\_\_\_ FAX: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

Firma del Doctor: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

(Firma original o estampa de la firma SOLAMENTE)



(Use para la Estampa de Dirección del Doctor)

**AUTORIZACIÓN DE PADRE/TUTOR**

22

Firma del Padre/Tutor: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

# Telefónico del hogar: \_\_\_\_\_ # de celular: \_\_\_\_\_ # de trabajo: \_\_\_\_\_

**AUTORIZACIÓN/APROBACIÓN PARA CARGAR/ADMINISTRAR EL MEDICAMENTO DE EMERGENCIA ASI MISMO**

En raras ocasiones por condiciones de amenazas contra la vida, el doctor podría autorizar cargar/administrar el medicamento de emergencia así mismo y debe ser aprobado por la enfermera escolar.

\*Autorización del doctor para cargar/administrar así mismo medicamento de emergencia: \_\_\_\_\_

Firma/ Fecha

\*Aprobación de la enfermera escolar para cargar/administrar así mismo medicamento de emergencia:

\_\_\_\_\_  
Firma/ Fecha

Forma de Autorización repasada por la enfermera escolar: \_\_\_\_\_

Updated Aug. 2011

Firma/ Fecha