



AUBURN UNION SCHOOL DISTRICT
 255 EPPERLE LANE
 AUBURN, CA 95603
 PHONE 530.885.7242
 FAX 530.885.5170

DISTRITO ESCOLAR AUBURN UNION
AUTORIZACIÓN DE LOS PADRES
PARA ADMINISTRACIÓN DE MEDICINA

Fecha _____

Nombre del Estudiante _____ Fecha de Nacimiento _____ Grado _____

Dirección _____ # de Teléfono de Casa _____ # de Tel. de Trabajo _____

AUTORIZACIÓN DE LOS PADRES

Yo (nosotros) la(s) persona(s) firmando, el(los) padre(s)/guardián(es) del alumno antes mencionado, pedimos que la siguiente medicina sea administrada a mi(nuestro) niño en acuerdo con el Código de Educación de California 49423.5.

Yo voy a: 1. Proveer toda la medicina, las provisiones y el equipo.

2. Notificar a la enfermera de la escuela si ocurre un cambio en la salud del alumno o en el doctor de este.

3. Notificar a la enfermera de la escuela inmediatamente y proveer una autorización nueva por cualquier cambio en las órdenes medicas.

4. YO DECLARO QUE SI MI ESTUDIANTE CARGA Y SE ADMINISTRA SU PROPIA MEDICINA, ÉL/ELLA TIENE QUE CARGARLA CONSIGO SI ASISTE A UNA EXCURSIÓN.

Yo autorizo a la enfermera de la escuela para que se comunique con proveedores de salud autorizados cuando sea necesario sobre la medicina y condición medica específica de mi alumno.

Firma del Padre/Guardián _____

FECHA _____

SOLICITUD DEL DOCTOR PARA QUE MEDICINA SEA ADMINISTRADA POR EL PERSONAL DE LA ESCUELA

1. Medicina: _____

2. Diagnóstico: _____

3. Dosis: _____

4. Método de Administración: _____

5. Hora en que la medicina tiene que ser dada en la escuela: (si es apropiado por favor provea lapsos de tiempo por ejemplo 2-4 horas) _____

6. Posibles reacciones o efectos secundarios de la medicina: _____

7. Posibles reacciones o efectos secundarios que tienen que ser reportadas al doctor (por ejemplo, reacciones alérgicas y tratamiento) _____

Autorización para Administrar Medicina en la Escuela

Mi firma abajo provee la autorización para las órdenes antes mencionadas. Entiendo que todos los procedimientos serán implementados de acuerdo con las leyes y regulaciones estatales de CA. Entiendo que cuidados médicos especializados pueden ser llevados a cabo por personal escolar no licenciado bajo el entrenamiento y la supervisión provista por la enfermera de la escuela. Esta autorización tiene la duración máxima de un año. Si se indican cambios, yo proveeré una autorización nueva por escrito (se puede mandar por fax).

Firma del Doctor: _____ Fecha _____

Dirección: _____ Teléfono: _____

Firma del (la) Director(a): _____ Fecha: _____

Firma de la Enfermera: _____ Fecha: _____