

**Distrito Escolar Unificado de Sanger
Medicaciones en la Escuela**

Nombre de Niño/ Niña	Fecha de Nacimiento	
Nombre del Padre	Teléfono (casa)	Teléfono (empleo)

Estimados Padres:

La Sección Núm. 49423 del Código de Educación define ciertos requisitos para la administración de medicamentos. "...Qualquier estudiante que necesita tomar, durante el día escolar regular, medicamentos prescritos para él o ella por un médico, puede ser asistido por la enfermera escolar u otra designada persona escolar si el distrito escolar recibe un permiso del padre y forma de autorización del médico completada para todos los medicamentos, inclusive esos comprados sin prescripciones. El médico del estudiante debe proveer una declaración por escrito detallando la cantidad de medicamento y el método y horario por la cual el medicamento se tiene que tomar. Solicitudes para la administración de medicamentos, requeridos en la escuela deben ser puestos al día cada año o más frecuentemente si hay algún cambio en el medicamento, dosis, u horario.

Además, los padres o guardianes deben proveer el medicamento en un envase clasificado por los boticarios de California o, en casos de medicamentos comprados sin prescripciones, en el envase original y deben llevar el medicamentos a la escuela personalmente o mandarlo con un adulto designado.

SOLICITUDES DE PADRES

Nosotros, los suscritos, quienes somos padres/guardianes de _____ pedimos que la enfermera escolar u otra designada persona escolar asista al estudiante en cuanto se refiere al modo declarado por la declaración del médico. En caso de un evento desfavorable o subsecuente reacción, se entiende que el personal escolar de ningún modo será responsable por cumplir con esta solicitud.

Fecha	Firma de Padres/Guardianes
-------	----------------------------

PHYSICIAN'S ORDERS

1. Medication including dosage, hour, method of administration and time limit: _____

2. Condition for which the medication is to be given (i.e., allergy, specific type of reaction; localized, generalized, mild, severe, etc.)

Date	Physician's Signature	Phone#
------	-----------------------	--------

(Check if Appropriate)

Students who need medication while at school may carry emergency medication (such as asthma inhaler, insulin.)