



Distrito Escolar Unificado Livermore Valley

Permiso para asistir con medicación a la escuela durante el horario escolar

De acuerdo con la Sección 49423 del Código de Educación, autorizo al docente, director/a, enfermero/a escolar, funcionario/a de la salud o al miembro del personal escolar designado a administrar medicación a mi hijo/a según las instrucciones de la receta proporcionada por el proveedor de salud autorizado.

Estudiante: _____ Fecha de nacimiento: _____ Grado/Docente: _____ Escuela: _____

ENTIENDO Y ACUERDO LO SIGUIENTE:

- 1) Proporcionar la medicación en su envase de receta original.
- 2) Informar a la escuela de inmediato si se produjeran cambios en la medicación o estado de salud. Nota: será necesario completar un nuevo formulario para los cambios en la dosis, medicación o administración.
- 3) Garantizar que el niño/a asume la responsabilidad de tomar la medicación según la receta.
- 4) Coordinar la administración de la medicación con el docente para todas las actividades fuera del campus.
- 5) Recoger toda la medicación al final del año lectivo. Toda la medicación restante que quede en la oficina de salud será descartada después del último día de escuela.

También acuerdo que el distrito, sus funcionarios, empleados y agentes no serán responsables por las pérdidas, daños, lesiones o responsabilidades de cualquier tipo y ante cualquier persona que surjan como consecuencia de los actos, omisiones o negligencias del distrito, sus empleados y agentes en relación con la administración de la medicación a mi hijo/a. Autorizo que el proveedor de salud y el personal de la escuela compartan información con respecto a esta medicación y a cualquier asunto relacionado con la salud. Con mi firma a continuación, también autorizo la distribución de la historia clínica y la fotografía escolar de mi hijo/a a aquellas personas que se considere necesario para su cuidado durante el horario escolar.

HE LEÍDO Y COMPRENDIDO ESTE FORMULARIO.

Firma del padre, madre o tutor _____ Fecha: _____

DEBE SER COMPLETADO POR EL PROVEEDOR DE SALUD:

El estudiante mencionado anteriormente requiere asistencia durante el horario escolar con la medicación siguiente:

Nombre de la medicación: _____

Ruta: _____

Dosis: _____

Instrucciones: _____

Firma del proveedor de salud: _____ Fecha: _____

Sello de la oficina: