

San Francisco Unified School District - Student Support Services

FORMULARIO PARA LA MEDICACIÓN (Un medicamento por formulario)

Estimado padre de familia, tutor o encargado:

El Código de Educación de California en su artículo 49423, estipula que los estudiantes que tienen que tomar medicamentos prescritos o sin receta médica durante las horas de clase **SOLAMENTE PUEDEN** ser asistidos por el personal de la escuela, si el Distrito Escolar recibe una declaración específica por escrito del proveedor de la atención médica **Y** del padre de familia, tutor o encargado del estudiante. **Por favor, complete totalmente este formulario y entrégueselo al Director.**

IF POSSIBLE, PLEASE SCHEDULE MEDICATION OUTSIDE OF SCHOOL HOURS..

P l e a s e p r i n t l e g i b l y i n a l l s e c t i o n s

| | | | |
|--------------------|-------|--------|--------------------------------|
| Student Name: Last | First | Middle | Date of Birth (Month/Day/Year) |
|--------------------|-------|--------|--------------------------------|

HEALTH CARE PROVIDER SECTION

| | |
|--|---|
| Health Condition for which medication is prescribed: | Medication: Dose: Frequency: _____ Duration: _____ |
| How is medication to be given? <input type="checkbox"/> By mouth <input type="checkbox"/> Inhalation <input type="checkbox"/> Injection <input type="checkbox"/> Topical <input type="checkbox"/> Other: _____ | About what time does medication need to be given at school? _____ AM / PM |
| The medication is to be continued as above until: (please be as specific as possible about date) | Any precautions that school personnel need to know? Contraindications? |
| What are possible reactions/side effects? | What should be done in the event of reaction/side effect? |
| Check appropriate boxes below: <input type="checkbox"/> I authorize this student to self-administer the above medication. <input type="checkbox"/> I authorize designated school personnel to administer the above medication. | |
| Print name, address & phone number of Health Care Provider | Signature of Health Care Provider |

SECCIÓN QUE LE CORRESPONDE AL PADRE DE FAMILIA, TUTOR O ENCARGADO

| | | |
|---|--|----------------------------------|
| Nombre del padre de familia/tutor/encargado | Idioma del hogar | Teléfono durante el día () |
| Dirección – Número y Calle | No. del Apto. Ciudad Zona Postal | Teléfono por la tarde () |
| Escuela | Guardería / Primaria / Intermedia / Secundaria | Horas de la escuela |

Marque la casilla que corresponda:

- Autorizo a mi hijo/a a que se suministre el medicamento que se menciona en la sección de arriba.
- Autorizo al personal de la escuela para que le administre a mi hijo/a el medicamento que se menciona en la sección de arriba.
1. Estoy de acuerdo en no responsabilizar al Distrito Escolar Unificado de San Francisco (SFUSD) o a sus empleados, por los resultados de tomar el medicamento o por la manera en que se administra el mismo.
 2. Reembolsaré al Distrito Escolar Unificado de San Francisco o a sus empleados por cualquier obligación que surja fuera de estas disposiciones.
 3. Le notificaré inmediatamente al Director de la escuela si hay algún cambio en el medicamento o en el horario para administrar el mismo.
 4. Es de mi conocimiento que es mi responsabilidad enviar el medicamento en el envase original de la farmacia, rotulado con el nombre de mi hijo/a y las instrucciones del proveedor del cuidado para la salud.
 5. Es de mi conocimiento que este formulario automáticamente expira al final de cada año escolar.
 6. Doy mi consentimiento para que las autoridades escolares tomen la acción apropiada para la seguridad y bienestar de mi hijo/a.

Firma del padre de familia/tutor/encargado _____ Fecha _____