



Galt Joint Union Elementary School District

AUTORIZACIÓN DE ASISTENCIA MÉDICA

Año Escolar _____

Nombre del estudiante: _____ Fecha de nacimiento: _____

Dirección: _____

Escuela: _____ Grado: ____ Maestro(a): _____

Teléfono de Padre/Tutor: Casa: _____ Trabajo: _____ Celular: _____ Emergencia: _____

INFORMACIÓN IMPORTANTE

De acuerdo con la Sección 49423 del Código de Educación de California, y la Sección 504 de la Ley de Rehabilitación de 1973 y el Título II de la Ley de Estadounidenses con Discapacidades de 1990, los estudiantes que tienen una discapacidad médica para la cual un médico ha prescrito medicamentos para ser tomados durante el día escolar, Ya sea de duración limitada o permanente, tienen derecho a buscar asistencia del Distrito para satisfacer sus necesidades de medicamentos para cuando el estudiante está bajo el cuidado, custodia o control del Distrito, incluso durante excursiones, eventos deportivos y otras actividades patrocinadas por el Distrito fuera del campus.

Antes de que se pueda proporcionar Asistencia con Medicamentos, incluso si el estudiante tiene un Plan de Educación Individualizado (“IEP”) o un “Plan 504”, este Formulario de Autorización de Asistencia con Medicamentos (“Autorización”) debe ser ejecutado por al menos un padre / tutor legal y el proveedor de atención médica debidamente autorizado del estudiante. **Se Requiere una nueva autorización al comienzo de cada año escolar y cada vez que haya un cambio en las directivas de medicamentos, como un cambio en la medicación, la dosis, el horario o la frecuencia** El padre / tutor debe notificar inmediatamente al Distrito de cualquier cambio en las directivas de la medicación. Hasta que el Distrito reciba una Autorización actualizada, firmada por el padre/tutor legal y el proveedor de atención médica, el Distrito continuará con las directivas en la Autorización existente a menos que (a) haya evidencia de que la salud del estudiante puede estar en peligro por el uso continuo de la anterior directiva de medicamentos, y que el Distrito continuará con la autorización de medicamentos. O (b) El padre/tutor legal proporciona una declaración por escrito de que la Asistencia con Medicamentos debe cesar o suspenderse hasta que se pueda proporcionar la nueva Autorización. En tales situaciones, el padre/tutor legal tendrá que proporcionar la Asistencia con Medicamentos al estudiante en los horarios acordados durante el día escolar de una manera segura y apropiada que no perturbe indebidamente el ambiente educativo.

Todos los medicamentos deben ser proporcionados al Distrito por un padre/tutor legal, con el Distrito almacenando el medicamento y dispensando de acuerdo con la directiva de medicamentos. **Todos los medicamentos suministrados al Distrito deben estar en su forma original etiquetada (es decir, en la botella original de la receta, paquete sellado, etc.) tal como se recibieron del médico, farmacéutico o tienda.** A excepción de los inhaladores personales para el asma y los Epi-Pens personales, un estudiante no puede poseer medicamentos de forma independiente durante el día escolar o mientras esté en la propiedad del Distrito. Debido a problemas de salud y seguridad, incluyendo el posible robo del medicamento o el potencial de compartir / usar el medicamento por otros estudiantes que pueden sufrir reacciones alérgicas inesperadas u otras reacciones negativas, no hay excepciones a este requisito. Un estudiante que posee personalmente medicamentos, o que proporciona medicamentos a otro estudiante, puede enfrentar disciplina.

AUTORIZACIÓN DE PADRE/TUTOR

He leído, entiendo y acepto estar sujeto a los derechos y obligaciones contenidos en la sección Información importante de esta Autorización. Solicito que se proporcione Asistencia con Medicamentos a mi Estudiante.

El Estudiante entiende sus obligaciones descritas en la sección Información Importante, incluyendo la necesidad de asegurarse de que él / ella cumpla con las instrucciones para recibir asistencia (es decir, venir a la escuela o la oficina de enfermería cada día, al mismo tiempo, sin necesidad de que un empleado del Distrito intente localizarlas) Y la política contra su posesión personal o compartir medicamentos (excepto para inhaladores de asma y Epi-Pens). Entiendo que, si el Estudiante no cumple con estas obligaciones, puede enfrentar medidas disciplinarias y/o esta Autorización puede ser revocada.

A menos que sea requerido por la ley, entiendo que no hay garantía de que la Asistencia con Medicamentos será realizada por una enfermera o un proveedor de atención médica con licencia, aunque el Distrito tomará medidas razonables para asegurar que el empleado del Distrito que brinda Asistencia haya recibido entrenamiento que cumpla con todos los requisitos legales. Como socio el Distrito para proteger la salud y seguridad del estudiante, trabajaré con el personal de la escuela en temas de Asistencia con Medicamentos, incluyendo asistencia con medicamentos cuando se espera que el Estudiante participe en actividades patrocinadas por el Distrito fuera del campus. También informaré oportunamente al Distrito de cualquier cambio en las directivas de medicamentos. Es mi responsabilidad obtener un nuevo Formulario de Autorización, firmado por un proveedor de atención médica con licencia, cuando hay un cambio en las directivas de medicamentos. Cumpliré con mis responsabilidades descritas anteriormente en caso de que cambien las directivas sobre medicamentos.

AUTORIZACIÓN DE PADRE / TUTOR

Con respecto a los temas de Asistencia para Medicamentos cubiertos por esta Autorización, autorizo al Distrito y al proveedor de atención médica a continuación a discutir la información médica y/o de medicamentos del estudiante, Y autorizo al proveedor de atención médica a proporcionar cualquier información adicional al Distrito según sea necesario para llevar a cabo esta Autorización.

With respect to the Medication Assistance issues covered by this Authorization, I authorize the District and the health care provider below to discuss the student's medical and/or Medication information, and I authorize the health care provider to provide any additional information to the District as may be necessary to carry out this Authorization

Fecha/Date _____ Firma del padre/tutor/Signature Parent/Guardian _____ Nombre escrito de padre/tutor/Printed Name Parent/Guardian _____

PHYSICIAN AUTHORIZATION

Student Name	Medical Diagnosis		
1st Medication Name:	Reason/Diagnosis:	Dosage:	Route:
Duration: (Date/week/month/until discontinued)	<input type="checkbox"/> Daily (if yes, add Interval/Time of Day)	<input type="checkbox"/> Emergency Only (Describe Symptoms/Triggers)	<input type="checkbox"/> As Needed (Describe Symptoms/Triggers)
Student capable of self-administering? <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No		Student may/should carry medication? <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No (applies only to inhalers/epi-pens)	
Must a District employee have special training/experience before providing assistance? <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No (If yes, describe the training/experience).			
Post Assistance Care/Potential Adverse Reactions/Follow-up/Emergency Care:			
2nd Medication Name:	Reason/Diagnosis:	Dosage:	Route:
Duration: (Date/week/month/until discontinued)	<input type="checkbox"/> Daily (if yes, add Interval/Time of Day)	<input type="checkbox"/> Emergency Only (Describe Symptoms/Triggers)	<input type="checkbox"/> As Needed (Describe Symptoms/Triggers)
Student capable of self-administering? <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No		Student may/should carry medication? <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No (applies only to inhalers/epi-pens)	
Must a District employee have special training/experience before providing assistance? <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No (If yes, describe the training/experience).			
Post Assistance Care/Potential Adverse Reactions/Follow-up/Emergency Care:			

Additional Remarks/Directions: If more than two medications are prescribed, or more explanation is needed, physically attach to this Authorization a separate signed sheet noting the additional information _____

Physician's Name _____ NPI # _____
 Address _____ Telephone Number _____
 Physician's Signature _____ Date _____

**Signature stamp require from medical office **
 This form shall be completed each school year