

ORDENES DE MÉDICO PARA MEDICAMENTO EN LA ESCUELA AL AIRE LIBRE CALVIN CREST

Calvin Crest Outdoor School 45800 Calvin Crest Road Oakhurst, CA 93644 (559)772-4040 outdoor.school@calvincrest.com

Nombre de Estudiante: _____ **Nombre de Escuela:** _____

Estimados Padres o Tutores; El código educativo sección 49423 manda ciertos requisitos para la administración de medicamentos, "... cualquier estudiante que es requerido tomar, durante el día escolar regular, medicamento mandado por un médico, puede ser asistido por la enfermera escolar o cualquier otro personal escolar designado si el distrito escolar recibe (1) un dato escrito por tal medio diciendo en detalle el método, cantidad, y horario en que tal medicamento serán tomados y (2) un dato escrito de parte del padre o tutor del estudiante indicando el deseo que el distrito escolar ayude al estudiante en el modo establecido por el dato del médico."

A. ORDENES DE MÉDICO

Condición para que la medicación será dado: _____

Las horas comunes de la administración de los medicamentos son durante el desayuno, el almuerzo, la cena y antes de dormir. (8:20 am, 12:20 pm, 6:30 pm, 9:00 pm.) Por favor apunte si el estudiante requiere su medicamento en otro momento o si el medicamento se usa según sea necesario.

El personal de Calvin Crest no puede administrar medicamentos inyectables: los estudiantes con medicamentos inyectables deberán ser acompañados por un padre o profesional médico designado.

| Medicamento | Dosis | Metodo de Administración | Hora(s) de Administración |
|-------------|-------|--------------------------|---------------------------|
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |

***Por favor, si otros medicamentos serán dado, marque aquí _____, y descríbe en el reverso de esta hoja.

Específicamente el tipo de reacción, o otro serias concideraciones sobre medicamentos: _____

Para ASTHMA INHALADOR SOLO: Estudiante puede traer el inhalador y medicarse: ___ Sí ___ No

Para AUTOINYECTOR DE EPINEFRINA SOLO: Estudiante puede traer autoinyector de epinefrina y medicarse: ___ Sí ___ No

Contáctese con el Director de Escuela al Aire Libre (outdoor.school@calvincrest.com; 559.772.4040) en caso de dudas o inquietudes.

B. FIRMA DE MÉDICO: _____ **FECHA:** _____

Nombre de Médico (Por Favor nombre Impreso): _____ Teléfono: (____)_____

C. PETICION DE PADRES: Pedimos que las medicinas sean dadas a la escuela al aire libre calvin crest en la manera dicho por los datos escrito por el médico. Autorizo/amos la escuela Calvin Crest para administrar la medicación. En caso de una reacción, es entendido que el personal de la escuela al aire libre no será responsable por haber cumplido con esta petición. Damos el permiso de la escuela CC para comunicar y para intercambiar la información médica con respecto a la medicación.

Entiendo/entendemos que los estudiantes deben traer cada medicación en el envase original de la farmacia y que el envase debe indicar el nombre del niño/a, el nombre de la medicina, la dosis, la ruta, la hora de administración, y el nombre del doctor que prescribió la medicina. Si es una medicina sin prescripción debe estar en el envase original.

Entiendo que la medicinas no se pueden dar a los estudiantes a menos que las escuela CC haya recibido el siguiente: a) órdenes actuales del doctor, b) firma de padre o persona responsable del niño,, c) la medicina con su etiqueta apropiada.

Firma del Padre/Tutor: _____ Fecha: _____