

DISTRITO ESCOLAR UNIFICADO DE LOS ÁNGELES
Medical Services Division / División de Servicios Médicos

SOLICITUD Y AUTORIZACIÓN PREVIA PARA TOMAR MEDICAMENTOS DE VENTA LIBRE EN LOS PASEOS ESCOLARES CON PERNOCTA

(To be completed by a CA Licensed Health Care Provider, or a physician or surgeon from Mexico contracted with a bi-national health plan who prescribes self-administered medication in accordance with C.E.C. Section 49423.1)

(A ser completado por un profesional de la salud con licencia de CA, o un médico o cirujano de México contratado con un plan de salud binacional que recete medicamentos para el asma inhalados que porte consigo el paciente de acuerdo con el C.E.C Sección 49423.1)

Apellido del estudiante _____, Nombre del estudiante _____	
Género del Estudiante _____	Fecha de nacimiento del Estudiante ____ / ____ / ____ Escuela _____

EN EL CUADRO A LA IZQUIERDA, EL PADRE/TUTOR DEBE MARCAR X PARA DAR SU CONSENTIMIENTO A LA ADMINISTRACIÓN (POR PARTE DEL PERSONAL ESCOLAR) DE MEDICAMENTOS O PRODUCTOS DE VENTA LIBRE QUE INDIQUE UN PROFESIONAL DE ATENCIÓN MÉDICA CON LICENCIA

Todos los medicamentos de venta libre que han sido recetados por un profesional de atención médica autorizado deberán ser entregados a la escuela en el recipiente original		
X	Name of Over-the-Counter (OTC) Product	Provider Dosing Recommendation including time intervals, route and purpose of medication
	Acetaminophen / generic, Tylenol	
	Ibuprofen / generic, Advil, Motrin	
	Naproxen / generic, Aleve	
	Medicated skin care ointments, creams, washes aquaphor, calamine, aftersun aloe & vitamin E, neosporin, mupirocin, anti-itch diphenhydramine cream, hydrocortisone 1% steroid cream, hibiclens antibacterial wash, betadine	
	Antihistamine / generic, Benadryl	
	Throat Sprays, Cough Drops	
	Decongestant / generic, Dayquil	
	Allergy medication / generic, Claritin, Zyrtec, Allegra	
	Eye drops (non prescription) / Saline, Visine	
	Antacid / generic, Tums, Maalox, Pepto Bismol	

Licensed Health Care Provider: Print Name _____ Sign Name _____ Date _____	
Print Name of Supervising Physician _____ <i>For NP, PA, Midwife</i>	Furnishing Number _____ <i>For NP, PA, Midwife</i>
Address: Street _____ City _____ State _____ Zip _____	

SOLICITUD DE MEDICAMENTOS QUE SE TOMARÁN DURANTE PASEOS ESCOLARES CON PERNOCTA – A SER COMPLETADO POR EL PADRE/TUTOR		
Solicito asistencia para mi estudiante con el uso de los medicamentos de venta libre y/o productos indicados con una X durante un paseo escolar con pernocta. Entiendo que asumo la responsabilidad total del suministro de medicamentos o productos y de que se entreguen en la escuela por mi parte o la de un adulto responsable; asimismo, estoy de acuerdo con las Políticas y Procedimientos del Distrito enumerados al reverso. Autorizo el intercambio de información médica sobre la administración de medicamentos en la escuela con el médico y el farmacéutico autorizado.		
Nombre impreso del padre/tutor/estudiante mayor de 18 años	Firma del padre/tutor/estudiante mayor de 18 años	_____ Fecha
Teléfono del hogar _____	Teléfono del trabajo _____	Celular _____

Licensed Nurse Acknowledgement of Completeness and Meets District Guidelines			
Printed Name of Nurse _____	Signature _____	Title _____	Date ____ / ____ / ____

PROCEDIMIENTOS DISTRITALES SOBRE MEDICAMENTOS QUE SE TOMEN DURANTE PASEOS ESCOLARES CON PERNOCTA

A. Administración de medicamentos para paseos escolares con pernocta

1. El personal escolar de enfermería deberá ser notificado con cuatro semanas de anticipación sobre los eventos patrocinados que planee la escuela, con el fin de tener tiempo para programar y llevar a cabo la capacitación para el personal escolar designado en caso de que sea necesario administrar medicamentos.
2. El personal escolar designado debe mantener los medicamentos en un recipiente cerrado y tenerlo consigo en todo momento. Cada medicamento irá acompañado de una copia del Registro de Medicamentos del Estudiante para documentar la hora de administración y el personal que administre el medicamento.
3. Los medicamentos que no requieren receta (es decir, de venta libre al público, u OTC por sus siglas), que hayan sido autorizados mediante la presente solicitud, se podrán administrar únicamente si se proporcionan en su envase original.

B. Administración de medicamentos sin receta (OTC) en paseos escolares con pernocta

1. Antes de que se administre un medicamento de venta libre en un paseo escolar con pernocta, un miembro designado del personal escolar verificará la última vez que se haya administrado el medicamento para determinar que el intervalo cumpla con la frecuencia de administración autorizada.
 - a. Revisar el registro de medicamentos estudiantiles para verificar la hora de la última dosis administrada.
2. Antes de administrar un medicamento de venta libre, el personal escolar designado confirmará los síntomas que tenga el estudiante como síntomas identificados en la autorización escrita.
3. Al documentar en el Registro de Medicamentos Estudiantiles, incluir los síntomas para los cuales se administró el medicamento de venta libre y el resultado después de la administración.