



# SPRECKELS UNION SCHOOL DISTRICT

P.O. Box 7362, 130 Railroad Ave.  
Spreckels, California 93962  
Teléfono (831) 455-2550

Eric Tarallo, Superintendent

## SOLICITUD PARA ADMINISTRACIÓN DE MEDICAMENTOS POR EL PERSONAL DE LA ESCUELA

La Mesa directiva de Educación reconoce que ciertos estudiantes podrían necesitar tomar medicamentos prescritos o sin receta durante el día escolar. La enfermera de la escuela, u otra persona designada por el Superintendente, debe atender a tales estudiantes para que tomen su medicamento. Los siguientes requerimientos son **NECESARIOS** antes que esas **atenciones sean proporcionadas**:

1. Una nota del doctor del estudiante donde detalle el método, cantidad y horario para tomar el medicamento.
2. Una nota escrita del padre o tutor legal del estudiante solicitando que el Distrito atienda al estudiante al tomar sus prescripciones o medicamentos sin receta.

---

### SOLICITUD DEL PADRE/TUTOR LEGAL

Estudiante \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento \_\_\_\_\_  
Apellido Nombre Inicial

Escuela \_\_\_\_\_ Grado \_\_\_\_\_ Edad \_\_\_\_\_

Yo (Padre/Tutor) solicito que se le administre la medicina al estudiante nombrado arriba de acuerdo con las instrucciones anotadas por el doctor (ver el otro lado para las instrucciones) por la enfermera de la escuela o alguna otra persona designada en la escuela.

\_\_\_\_\_  
Firma del Padre/Tutor

\_\_\_\_\_  
Fecha

Número de Teléfono \_\_\_\_\_  
Casa Trabajo Celular

Los medicamentos que se envíen a la escuela deben contener una etiqueta con el nombre y teléfono de la farmacia, el nombre del estudiante, nombre del doctor y la dosis de medicamento que se debe dar. Preferimos recibir los medicamentos en los contenedores originales.

## INSTRUCCIONES DEL DOCTOR PARA LA ADMINISTRACIÓN DE MEDICINA POR PERSONAL DE LA ESCUELA

Nombre del estudiante \_\_\_\_\_

Diagnóstico o indicaciones para el medicamento: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Precauciones si hay alguna: \_\_\_\_\_

Posibles efectos secundarios: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Nombre y dosis del medicamento	Forma: Tabletas, Cápsulas, Líquido, Otro:	Cantidad a tomar	Hora aproximada del día

Quisiera tener un reporte de seguimiento, por teléfono, con la enfermera Si \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_

En intervalos: Diarios \_\_\_\_\_ Semanarios \_\_\_\_\_ Mensuales \_\_\_\_\_ Cada tres meses \_\_\_\_\_

IMPORTANTE: Por favor discontinúe esta solicitud a partir de: \_\_\_\_\_

Fecha Otras Instrucciones

(después de esta fecha, se debe llenar una forma nueva para cambios en las instrucciones)

NOMBRE DEL DOCTOR (Escrito o impreso) \_\_\_\_\_

DIRECCIÓN: \_\_\_\_\_

Calle

Ciudad

Código Postal

NÚMER DE TELÉFONO \_\_\_\_\_

FIRMA DEL DOCTOR \_\_\_\_\_ FECHA \_\_\_\_\_