



Escuela de Ciencias al Aire Libre del Condado de Santa Cruz
AUTORIZACIÓN PARA ADMINISTRAR EL MEDICAMENTO



Nombre de Estudiante (Apellido)	(Nombre)	Fecha de Nacimiento
---------------------------------	----------	---------------------

Los medicamentos de venta libre (OTC) que se enumeran a continuación o sus equivalentes genéricos son proporcionados por OSS. Por favor indique abajo, si su hijo/a tiene o no el permiso para recibir los medicamentos listados.

- | | | | |
|---|---|--|--|
| <u>ANALGESICOS</u>
Advil/Ibuprofen
Tylenol (LIQ&TAB) | <u>RESFRIADO /CONGESTION/ ALERGIA</u>
Benadryl (LIQ&TAB)
Robitussin DM Cough & Congestion
Pastillas para la tos | <u>ESTREÑIMIENTO/ DIARREA</u>
Leche de Magnesias
Immodium | <u>PIEL</u>
Neosporin
Benzocaine
Locion de Calamina
Crema de hidrocortisona |
| <u>INDIGESTION</u>
Tums
Pepto Bismol | <u>BOCA</u>
Chloraseptic | | |

Se le pueden dar a su niño los medicamentos mencionados arriba si es necesario? **SI** (Se requiere su firma abajo) **NO**

TODOS los demás medicamentos enviados con su niño/a, tanto con receta como sin receta médica, deben estar en el **CONTENEDOR ORIGINAL** y autorizados por su médico. El contenedor debe estar claramente etiquetado con la siguiente información

1. NOMBRE DE ESTUDIANTE
2. NOMBRE DEL MÉDICO (sólo medicamentos recetados)
3. NOMBRE DE MEDICAMENTO
4. DOSIS (cuánto y cuándo)

Por favor, empaque lo suficiente para 2 días adicionales en caso de emergencia, pérdida accidental o daño. Es importante que los estudiantes continúen tomando sus medicamentos mientras están en OSS. Los medicamentos se debe dar al maestro de la clase de su niño para la entrega al supervisor de la salud de OSS. **NO** empacar el medicamento en el equipaje de su hijo.

PARA SER COMPLETADO Y FIRMADO POR EL MÉDICO DEL ESTUDIANTE: Medicamentos enviados desde casa para ser administrados en OSS:

Nombre de el Medicamento	Dosis (e.g. 1 Tab, 10mg)	Ruta (Oral, inhalación, tópica)	Schedule					Condiciones por la cual medicamento es administrado
			Desayuno	Almuerzo	Cena	Hora de Dormir	Otro	
1.								
2.								
3.								
4.								
5.								

Comentarios:

Para estudiantes con asma o alergias severas, por favor indique si tienen su permiso para llevar su inhalador y / o epi-pen en su persona y usar según sea necesario mientras asisten a la Escuela de Ciencias al Aire Libre del Condado de Santa Cruz.

- SI**-Este estudiante tiene mi permiso para llevar su inhalador y / o epi-pen en todo momento.
 NO-Este estudiante no puede llevar su inhalador y / o epi-pen. Su medicamento debe estar con un adulto guardián en todo momento.

Autorización del Médico: El estudiante mencionado anteriormente para quien se prescriben los medicamentos en este formulario está bajo mi cuidado.

Nombre de Medico: _____ **Número de teléfono:** _____ **Domicilio:** _____

Firma: _____ **Fecha:** _____

Autorización de los Padres:

La Junta de Educación reconoce que algunos estudiantes pueden necesitar tomar medicamentos prescritos o de venta libre durante su estadía en la Escuela de Ciencias al Aire Libre (OSS). El Supervisor de Salud, u otras personas designadas por la administración, ayudarán a estos estudiantes a tomar sus medicamentos. OSS no está legalmente obligado a administrar medicamentos a los estudiantes que participan en el programa. Sin embargo, a petición del padre / tutor legal, con autorización apropiada, OSS administrará la medicación en un esfuerzo para llevar a cabo los deseos del padre / tutor legal y las recomendaciones de un médico. Solicito que mi hijo sea asistido por personas autorizadas para tomar los medicamentos descritos arriba mencionados en la Escuela de Ciencias al Aire Libre del Condado de Santa Cruz, de acuerdo con las políticas y procedimientos establecidos. Entiendo que la medicación puede ser dispensada por alguien que no sea una enfermera registrada. Yo acepto que la Oficina de Educación del Condado de Santa Cruz y sus funcionarios, agentes y empleados sean inocentes de toda responsabilidad que pueda derivarse del desempeño de SCCOE bajo este acuerdo.

Firma de los Padres: _____ **Fecha:** _____

<u>Lista de verificación</u> (Asegúrese de lo siguiente antes de devolver este formulario)	
<input type="radio"/> Los medicamentos están en sus envases originales <input type="radio"/> Medicamentos dentro de una bolsa con cerradura de tamaño galón	<input type="radio"/> Los medicamentos no han expirado <input type="radio"/> Los padres / tutores (y el médico para medicamentos recetados) han firmado este formulario