

Distrito Escolar Unificado Carlsbad
Paquete Médico - 2017

Medicamentos en la escuela

Los siguientes formularios deben ser llenados y firmados por los padres. Tenga en cuenta que algunos formularios requieren información y firmas del personal médico. Algunos formularios son opcionales y se indican como tal a continuación.

HS-39s Formulario HIPAA

Autorización Para Usar O Divulgar Información De Salud
A Distritos Escolares

HS-36s Formulario de exención

Exención de Responsabilidad de los Padres

HS-53b Autorización para la medicación

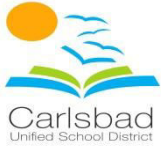
Autorización para la Administración de Medicamentos

HS-57S Autorización para llevar consigo/

administración (si es necesario) - Gr. 6-12 solamente
Autorización Para Llevar Consigo / Administración De
Medicina / Insulina En La Escuela

----- School Use Only -----

Completed Packet Received by: _____ Date Received: _____



Distrito Escolar Unificado Carlsbad

Departamento de servicios de salud • 3557 Monroe Way • Carlsbad, California 92008 • 760/331.5265 • FAX 760/720.3828

AUTORIZACIÓN PARA USAR O DIVULGAR INFORMACIÓN DE SALUD A DISTRITOS ESCOLARES

Si usted llena este documento dará su autorización para divulgar y/o usar información de salud individual identificable, como se expone más adelante, según las leyes de California y Federales (ejl, HIPAA) respecto a la privacidad de dicha información. Si no proporciona toda la información requerida se invalidará esta autorización.

INFORMACIÓN PARA USARSE Y DIVULGARSE:

Nombre del Paciente Alumno: _____
Apellido Nombre Fecha de Nacimiento

Yo, el que firma, autorizo con este formulario a (la agencia u otros proveedores del cuidado de la salud):

(1) _____ (2) _____
(por favor imprimir) Nombre del medico Teléfono del médico Nombre del médico Teléfono del médico

Para que proporcionen información de salud del expediente médico del alumno arriba mencionado a:

Carlsbad Unified School District • 3557 Monroe Street • Carlsbad, CA 92008

Distrito escolar al que se le dará la información. Domicilio/Ciudad y Estado/Código de la Zona y Número de Teléfono

Se requiere divulgar información sobre la salud con el siguiente propósito:

Julia Hart-Lawson RN, MA 760/331.5265 Howard Taras, M.D. 619/681.0665
Enfermera del distrito escolar Consultor medico

La información requerida se limita a lo siguiente: Toda la información de salud pertinente; o Información específica de una enfermedad tal como aquí se describe: _____

DURACIÓN: Esta autorización se hace efectiva de inmediato y estará en vigor hasta _____ (fecha)

o durante un año a partir de la fecha de la firma, si no se anotó ninguna fecha en particular.

RESTRICCIONES: La ley de California prohíbe al Solicitante divulgar a nadie más esta información de salud a menos que obtenga otra autorización de mi parte o a menos que dicha divulgación se requiera específicamente o permitida por la ley.

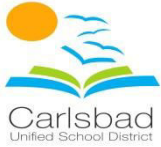
SUS DERECHOS: Entiendo que tengo los siguientes derechos respect a esta Autorización: *Yo podría revocar esta Autorización en cualquier momento. Mi revocación debe estar por escrito, firmada por mí o en mi nombre y entregada a las agencias del cuidado de la salud o personas arriba mencionadas. Mi revocación entrará en vigor al recibirse, pero no al grado de que el Solicitante u otros hayan actuado al amparo de esta Autorización.*

VOLVER A DIVULGAR: Entiendo que el Solicitante (el Distrito Escolar) protegerá esta información según lo prescribe el Decreto de Protección a los Derechos de Igualdad de las Familias (FERPA) y que la información se compartirá con los individuos que trabajan en o con el Distrito Escolar para brindar entornos educativos seguros, apropiados y menos restringidos y programas y servicios de salud escolar.

Tengo derecho de recibir una copia de esta Autorización. Firmar esta Autorización podría ser requisito con el fin de que el alumno obtenga los servicios apropiados en el entorno educativo.

APROBACIÓN: _____
Nombre con Letra de Molde Firma Fecha

Parentesco con el Paciente/Alumno Código de la Zona y Número de Teléfono



DISTRITO UNIFICADO ESCOLAR DE CARLSBAD

Programa de Enfermería

SERVICIOS ESPECIALIZADOS DE ATENCIÓN A LA SALUD FÍSICA

Exención de Responsabilidad de los Padres

Nombre del Alumno	Fecha de Nacimiento
Diagnóstico	Escuela
Servicios Específicos de Atención a la Salud Física	Fecha en que fueron recetados
Nombre del Padre/Madre o Tutor	Relación con el Alumno
Dirección del Padre/Madre o Tutor	Número Telefónico
Razón(es) para solicitar la exención	
Comentarios (Para el uso del Personal Escolar)	
Período de tiempo que se estima los servicios serán necesarios	
Fecha(s) de la Revisión de los Servicios	
<p>EL CÓDIGO ADMINISTRATIVO DE CALIFORNIA, SECCIÓN 5, ARTÍCULO 3051.12, indica que cuando el padre/madre opta por realizar o por que el personal que no pertenezca al distrito realice dentro de un programa escolar un Servicio Especializado de Atención a Salud Física, el padre/madre debe firmar un formulario de exención para eximir al distrito escolar de cualquier responsabilidad relacionada a la ejecución de dicho servicio especializado cuando éste sea proporcionado por personal que no pertenece al distrito. Esta exención también aplica a los alumnos a quienes se les ha dado la responsabilidad de realizar tales servicios. Esto puede incluir auto suministro de medicinas como se les ha recetado.</p>	
<p>Nosotros (yo) como padre/madre del alumno/a arriba mencionado, por la presente elijo tener los servicios de salud arriba especificados o medicamentos, suministrados o aplicados por nosotros mismo, por el/la estudiante mismo/a o bien por un personal no perteneciente al distrito en la escuela durante el horario normal. Por consiguiente, al elegir el brindar tal servicio, nosotros (yo) estoy de acuerdo de liberar a Carlsbad Unified y a sus empleados de cualquier y toda responsabilidad por el servicio o de la manera como se le suministra.</p>	
Firma del Padre/Madre o Tutor	Fecha de firmado



CARLSBAD UNIFIED SCHOOL DISTRICT
HEALTH SERVICES
El Distrito Unificado Escolar de Carlsbad Servicios de Salud

AUTHORIZATION FOR MEDICATION ADMINISTRATION (Education Code Section 49423)
Autorización para la Administración de Medicamentos (Código de Educación Sección 49423)

This form is valid for school year _____ to _____ only.
Este formulario es válido para el año escolar _____ a _____ solamente

I, the undersigned, as legal parent/guardian of _____
El abajo firmante, como padre/guardian de

birthdate _____ attending _____ school request that the following
fecha de nacimiento Asistiendo a la escuela require que los siguientes medicamento(s)

medicine(s) _____ be made available to my child at the times
eesten disponibles para mi hijo durante las horas prescritas
prescribed _____

I understand that only personnel authorized by the school will assist my child in taking the medicine(s) as directed by my physician. *Entiendo que solo el personal autorizado por la escuela ayudará a mi hijo a tomar el medicamento(s) según las indicaciones de mi médico.*

I will provide the medicine(s) **in the prescription container(s)**, which is/are labeled with the name of my child, the prescribing physician name, and amount of medication prescribed.. *Proveeré la(s) medicina(s) en el (los) recipiente (s) con receta, la(s) cual(es) lleva(n) el nombre de mi hijo(a), en la etiqueta, el nombre del médico que prescribe, y la cantidad de medicamentos prescritos.*

If any of the conditions in the Physician's Statement change, a new form must be signed by the parent/guardian and the physician. *Si el médico cambia cualquiera de las condiciones en la declaración, será necesario llenar un Nuevo formulario firmado por el padre/tutor legal y el médico.*

Prescription and nonprescription medications are not permitted to be taken at school without a written statement from the physician **and** a written statement from the parent indicating desire that the district assist the student as set forth in the physician's statement below. *No se permite consumir medicamentos con o sin receta en la escuela sin una declaración escrita por el médico y una declaración por escrito del padre indicando que el distrito asista al estudiante como se establece en la declaración del médico a continuación.*

Signature _____ Date _____
Firma Fecha

Home Address _____ Work telephone _____ Home telephone _____
Dirección Teléfonos del trabajo Teléfonos de casa

This portion to be completed by a physician licensed in the State of California.

	Name of Medication	Method of Administration	Dosage	Approx. Time of Day
#1	_____	_____	_____	_____
#2	_____	_____	_____	_____

2. Discontinue Medication #1 on _____ and Medication #2 on _____
3. Diagnosis _____ Reason for giving medication _____
4. Type of Assistance for Administering Medication (Observe, measure, etc.) _____
5. Precautions for Administration or Storage of Medication _____

6. Do you wish to have school personnel contact you at intervals to discuss this medication: Yes No
Please indicate: Person(s) _____ Intervals _____

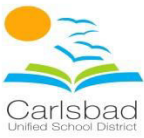
(Teacher/Resource Nurse _____ Daily, Weekly, Quarterly, etc.)
M.D. _____

Printed Name of Physician _____ Medical License Number _____ Telephone Number _____

Signature of Physician _____ Date _____

The Procedure covering prescription and **nonprescription** medication listed on this form will be expedited under the following conditions: *El procedimiento que cubre medicamentos con o sin receta mencionados en este formulario serán processados inmediatamente bajo las siguientes condiciones.*

1. Only medication prescribed by the pupil's physician as being necessary to be taken by the pupil in the manner listed on this form should be brought to school. (Written parent permission also required.) *Sólo los medicamentos prescritos por el medico del alumno como necesarios para ser tomados por el alumno en la manera indicada en este formulario debe ser traído a la escuela (También se requiere un permiso por escrito del padre.)*
2. Such medication should be taken by the pupil in accordance with instruction from the physician as listed on this form. *Tal medicamento debe ser tomada por el alumno de acuerdo a las instrucciones del medico como se indica en este formulario.*
3. Medication brought to school to be given to the pupil according to the provisions listed on this form should be in its **prescription containers** which are clearly marked with the name of the pupil; the name of the prescribing physician; the druggist who dispensed the medication or the manufacturer; and the amount of the medication to be taken at specified times or in specific situations, etc. (Parents may want to ask the physician for a prescription for a duplicate supply, one for home and one for school.) *Los medicamentos traídos a la escuela que deben dars al alumno de acuerdo con las provisiones mencionadas en este formulario deben estar en sus envases con receta y claramente marcados con el nombre del alumno; el nombre del medico que prescribe; el nombre del farmacéutico que dispensa los medicamentos; y la cantidad del medicamento asi como las horas o en situaciones especificas, etc. (Los padres pueden pedirle al medico que duplique la prescription para un suministro, uno para el hogar y otro para la escuela)*
4. All medication will be kept in a secure place. Any special instructions for storage or security measures of any medication should be written by the physician and given to school personnel so that such instructions can be followed. *Todos los medicamentos se mantendran en un lugar seguro. Cualquier instucción especial de como guardar o medidas de seguridad de cualquier medicamento deben ser escritas por el medico y deben dars al personal escolar para que dichas insturcciones se pueden seguir.*
5. Parent or **designated adult** shall deliver the medication **and** the completed form to the school health office. *El padre o adulto designado deberá entregar el medicamento y el formulario complete a la oficina de salud de la escuela.*
6. A new medication authorization must be renewed for each **school** year if a continuance of medication is necessary. *Una nueva autorización de medicamento debe ser renovado para cada año escolar si es necesario continuar el medicamento.*
7. Controlled substances will be counted and signed for by health technician and person delivering the medication. *Las sustancias controladas serán contadas y firmadas por un técnico de salud y la persona que entrega el medicamento.*
8. When a physician prescribes over-the-counter or non-prescription medication, it should be kept in its original container. *Cuando un medico prescribe medicamentos sin receta, debe de permanecer en su envase original.*
9. Homeopathic medicines, herbs, and vitamins require a medical authorization form completed by your physician. *Los medicamentos homeopáticos, hierbas y vitaminas requieren un formulario de autorización médica completada por su medico.*



AUTORIZACIÓN PARA LLEVAR CONSIGO / ADMINISTRACIÓN DE MEDICINA / INSULINA EN LA ESCUELA (Gr. 6-12)

Año escolar _____ - _____ Escuela: _____

Nombre del estudiante: _____ Fecha de nacimiento: _____ Grado: _____

Diagnóstico: _____ Teléfono del padre/tutor: (____) _____

Medicamento: _____ Dosis: _____ Hora: _____

Medicamento: _____ Dosis: _____ Hora: _____

Se permite el medicamento de acuerdo con la política del distrito. Nota: debido a preocupaciones de seguridad cada estudiante es evaluado individualmente basado a su estado de salud y nivel de desarrollo. Las guías de mejores prácticas recomiendan una autorización de California Licensed Health Care Provider para la autoadministración de medicamentos.

Responsabilidades para llevar medicinas: (Marque y rellene los espacios en blanco)

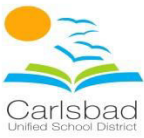
Table with 3 columns: Padre, Estudiante, Médico. Rows include responsibilities like 'El medicamento debe estar en su envase original con la etiqueta actual de la farmacia', 'El estudiante reconoce el tiempo apropiado y prescrito para el medicamento', etc.

IN MY OPINION, THIS STUDENT SHOWS CAPABILITY TO CARRY AND SELF-ADMINISTER THE ABOVE MEDICATION.

Care Provider Signature _____ Print Name _____ Telephone _____ License # _____ Date _____

Solicito que mi hijo, nombrado arriba, se le permita llevar y auto-administrar el medicamento arriba ordenado. Asumo la responsabilidad personal de este permiso. Entiendo que el medicamento debe estar en el envase original de la farmacia, etiquetado con el nombre del estudiante, el profesional autorizado de la salud con licencia en CA y el medicamento; Fecha de la receta original, dosis y dosis del medicamento; Y las instrucciones de uso. Apoyaré a mi hijo a seguir el acuerdo anterior y si no lo hace, será contactado y desarrollaremos un nuevo plan. RECONOZO QUE LA ESCUELA NO PUEDE SEGUIR EL CUMPLIMIENTO CON EL PROGRAMA DE DOSIFICACIÓN DE MEDICAMENTOS. Será mi responsabilidad asegurar el cumplimiento. Como padre / tutor del estudiante, acepto mantener indemne e indemnizar a la escuela ya los oficiales, empleados y agentes del Distrito Escolar Unificado de Carlsbad de todas las reclamaciones, juicios o responsabilidades que surjan de la auto-administración y el transporte del medicamento por su estudiante .

Firma del Padre / Tutor _____ Fecha _____ Firma del estudiante _____ Fecha _____



CARLSBAD UNIFIED SCHOOL DISTRICT
Health Services Department

**AUTHORIZATION FOR SELF-CARRY/ADMINISTRATION OF
MEDICINE/INSULIN AT SCHOOL**

School Year _____ - _____ School Site: _____

Student: _____ Date of Birth: _____ Grade: _____

Diagnosis: _____ Parent/Guardian Telephone: () _____

Medication: _____ Dose: _____ Time: _____

Medication: _____ Dose: _____ Time: _____

Medication is permitted in accord with district policy. Note: due to safety concerns each student is individually evaluated based on their health condition and developmental level. Best practice guidelines recommend a California Licensed Health Care Provider authorization for self-administration of medication.

Responsibilities for Carrying Medication: (please check off and fill in the blanks)

Parent Student Physician

- | | | | |
|--------------------------|--------------------------|--------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Medication must be in its original container with current pharmacy label |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Student recognizes proper and prescribed timing for medication (per above) |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Student agrees to never share medication with others |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Student demonstrates to parents/physician/health tech correct use/administration |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Student keeps medication in agreed location: _____ |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Student agrees to come directly to the health Office if having any adverse symptoms |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Parent informs nurse of change in diagnosis or medication |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Medication must be in its original container with current pharmacy label |

**IN MY OPINION, THIS STUDENT SHOWS CAPABILITY TO CARRY AND SELF-ADMINISTER
THE ABOVE MEDICATION.**

Care Provider Signature *Print Name* () *Telephone* *License #* *Date*

I request that my child, named above, be permitted to carry and self-administer the above ordered medication. I take personal responsibility for this permission. I understand that the medication must be in the original pharmacy container, labeled with the name of the student, prescription CA Licensed Health Professional, and medication; date of original prescription, strength and dose of medication; and directions for use. I will support my child to follow the above agreement and if she/he does not, I will be contacted and we will develop a new plan. **I RECOGNIZE THAT THE SCHOOL WILL NOT BE ABLE TO TRACK COMPLIANCE WITH THE MEDICATION DOSING SCHEDULE.** It will be my responsibility to ensure compliance. As a parent/guardian of the student, I agree to hold harmless and indemnify the school and Carlsbad Unified School District's officers, employees and agents against all claims, judgments, or liabilities arising out of the self-administration and carrying of medication by their student.

Parent/Guardian Signature *Date* *Student Signature* *Date*