



**DISTRITO ESCOLAR UNIFICADO DE WEST CONTRA COSTA**  
**ADMINISTRACIÓN DE MEDICAMENTOS DURANTE LAS HORAS ESCOLARES**

“Administración de medicamentos recetados por un médico al alumno”, Código de Educación de California 49423

*Independientemente de las provisiones de la sección 49422, cualquier alumno que necesite tomar, o que se le administre un medicamento recetado por un médico durante las horas que asiste a la escuela, lo puede hacer con la asistencia de la enfermera de la escuela u otro miembro asignado del personal escolar, siempre que la escuela haya recibido de antemano (1) instrucciones escritas del médico del alumno que especifiquen la manera, las dosis y el horario en que el medicamento se debe tomar o ser administrado y (2) una declaración escrita del padre o encargado del alumno expresando su deseo de que el distrito escolar asista al alumno según las instrucciones del médico (Estatutos. 1976, c. 1010 £ 2.)*

**I. A ser completada por el padre o encargado**

Nombre del alumno: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Escuela de asistencia: \_\_\_\_\_ Grado: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento \_\_\_\_\_

*Por medio de la presente, solicito que personal escolar autorizado ayude a tomar o administre a mi hijo(a) el medicamento indicado, en la manera y dosis prescrita por:*

Nombre del médico \_\_\_\_\_

Firma del padre o encargado \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

Nombre del padre o encarado \_\_\_\_\_

Dirección \_\_\_\_\_ Teléfono: Hogar: \_\_\_\_\_

Trabajo: \_\_\_\_\_

**II. To be completed by Physician/Health Care Provider (A ser completada por el médico/proveedor de cuidado de la salud)**

Medication Prescribed: \_\_\_\_\_ Diagnosis: \_\_\_\_\_

Dosage: \_\_\_\_\_ Time: \_\_\_\_\_ Route: \_\_\_\_\_

Date medication to be discontinued: \_\_\_\_\_

Restrictions and Cautions \_\_\_\_\_

*This information is to be used only by the person authorized by the school principal to assist the pupil in taking the prescribed medication.*

Physician Signature \_\_\_\_\_ License # \_\_\_\_\_ Date \_\_\_\_\_

Physician's Name \_\_\_\_\_

Address \_\_\_\_\_ Telephone \_\_\_\_\_

**III. To be completed by School Principal (A ser completada por el director de la escuela)**

Name of Person(s) designated by the school principal to assist the pupil in taking the medication:

Principal's Signature \_\_\_\_\_ Date \_\_\_\_\_

**ESTA FORMA DEBE SER RENOVADA ANUALMENTE O CADA VEZ QUE CAMBIE LA RECETA**