

Instrucciones para Completar la Forma de Autorización para Medicamentos

Todo medicamento recetado y no recetado se mantiene bajo llave en el centro de salud y sera administrado unicamente como lo autorize el padre y el medico del niño(a). Unicamente inhaladors de asma pueden mantenerse en la cabana del niño(a). No se administrara ningun medicamento a menos que sea recibido en su recipiente original, con esta forma de autorización firmada.

Pasos para completar la Forma de Autorización Médica:

1. El medicamento DEBE ser recetado por un medico con licencia en California. Los medicatmentos de Mexico o las autorizaciones de medicos mexicanos están prohibidas por la ley.
2. Determine si su hijo(a) necesitará traer medicamentos recetados o sin receta al establecimiento.
 - a. No mande ninguna de las siguientes medicinas no recetadas al establecimiento porque ya estan disponibles:

Benadryl (comezón local / piquete de insecto	Kaopectate (dearrea)
Loción de Caladryl (roble venenoso)	Metamucil (estreñimiento)
Jarabe de Coke (problemas estomacales)	Polysporin Topical (heridas / quemaduras leves)
Pastilla contra la tos (tos)	Rubitussin (tos)
Crema de Hidrocórtisona (comezón/sarpullido)	
Tylenol (dolor de cabeza / musculos)	
3. Someta la Forma de Autorización Médica al Médico de su hijo(a) para que la complete. Todo medicamento, ambos recetados y no recetados, que no este enlistado arriba requiere la firma del médico e instrucciones completas (legibles) del médico. **No podemos administrar ningun medicamento (resetado o no resetado que mande para su hijo(a) sin esta forma firmada.**
4. Verifique que todos los medicamentos sean propiamente marcados y que la autorización haya sido dada. Verifique que:
 - a. Todos los medicamentos esten en su frascos originales.
 - b. Todos los medicamentos esten propiamente marcados, (use cinta de pegar si es necesario), incluya:
 - 1) **Nombre del estudiante (recetas deberan ser para el estudiante unicamente, ningun otro nombre sera aceptado)**
 - 2) **Nombre del medicamento**
 - 3) **Instrucciones precisas de la dosis, cantidad y frecuencia (receta unicamente)**
 - 4) **Nombre de médico (si es receta)**
 - 5) **Iniciales de la escuela; ejemplo “Twin Peaks” seria T.P.**
 - 6) **Las etiquetas en Español deberan ser traducidas al Ingles en la Forma de Autorización**
 - c. Que los medicamentos recetados no esten vencidos.
 - d. Todos los medicamentos enlistados en esta Forma de Autorización Medica firmada con las instrucciones debidas para su administracion.
5. Doble esta forma y pongala en una bolsa de plastico zip-lock con todos los medicamentos (ambos recetados y no recetados in sus frascos originales) y mande la bolsa a la escuela de su hijo para transportarla a la escuela del aire libre.
 - a. Marque la bolsita con el nombre de su hijo(a) y el nombre de la escuela (use cinta de pegar).
 - b. No envíe ningún medicamento al establecimiento en la maleta de su hijo(a).
 - c. Vitaminas no se deberan mandar al estableciminto a menos que sea ordenado por el doctor.
 - d. Se requiere una forma de autorización medicada firma por el doctor para homeopáticos, hierbas, y vitaminas.

Si tiene alguna pregunta concerniente a la medicación de su hijo(a) o de estas intrucciones, favor de ponerse en contacto con su escuela o con la enfermera de Programa de Educacion al Aire libre en el estableciminto que su hijo(a) esta programado a atender:

Cuyamaca Outdoor School: (760) 765-3004, ó (760) 765-3000 si no hay respuesta

Fox Outdoor School: (760) 782-4100, ó (619) 296-8935 si no hay respuesta

Gracias por su cooperación y ayuda. Apreciamos su tiempo en completar esta forma. Esta es información importante la cual nos ayudara para que la experiencia de su hijo(a) sea segura y agradable!

FAVOR DE COMPLETAR CUIDADOSAMENTE

Forma de Autorizacion para Medicamentos

Debera completarse por el medico del nino(a)

Nombre de la escuela: _____

Nombre del nino(a): _____
(Apellido) (Nombre)

Medicamentos	Nombre de Medicamento A.	Nombre de Medicamento B.	Nombre de Medicamento C.	Nombre de Medicamento D.	Nombre de Medicamento E.
Propósito del Medicamento					
Dosis Recetada					
Horario del Medicamento					
Forma de Dosis (Tableta, Liq., ect.)					
Lapso de Tiempo que el Medicamento es Necesario					

Precauciones, instrucciones especiales, efectos adversos posibles, o comentarios:

Atención: El medicó que proporciona esta información DEBE tener licencia para practicar medicina en California.

El nino(a) ya mencionado esta bajo mi cuidado:

de Fax: _____

Nombre del Médico (letra de molde): Dr. _____ # de Telefono: _____

Nombre de la Oficina y Domicilio: _____

Firma del Médico: _____ **# de licencia en California:** _____

Por la presente autorizamos a la escuela de adminictrar los medicamentos escritos de acuerdo con las instrucciones anotadas.

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