

## Instrucciones para Completar la Forma de Autorización para Medicamentos

Todo medicamento con y sin receta médica se mantiene bajo llave en el centro de salud y será administrado únicamente como lo autorice el padre/madre y una autoridad médica reconocida\*.

**Importante: No podemos administrar ningún medicamento que usted envíe para su hijo(a) sin esta forma de autorización firmada.**

Pasos para completar la Forma de Autorización para Medicamentos:

1. El medicamento **debe ser** recetado por una autoridad médica reconocida\*. Los medicamentos de otros países, incluyendo medicamentos de México o las autorizaciones de médicos mexicanos no están permitidos por ley.
2. Los medicamentos con receta médica deben venir en su envase original con la etiqueta de un **farmacéutico de California**. Los medicamentos sin receta deben venir en su envase original.
3. Todo medicamento, con y sin receta, requiere la firma, número de licencia médica, e instrucciones completas (legibles) de parte de una autoridad médica reconocida\*. Los remedios homeopáticos, herbales, vitaminas, y suplementos **requieren** una forma de autorización para medicamentos completa y firmada.
4. Verifique que todos los medicamentos estén debidamente etiquetados:
  - a. Todos los medicamentos estén en sus **envases originales**.
  - b. Todos los medicamentos estén debidamente etiquetados por una farmacia de California, incluyendo:
    - 1) Nombre del estudiante (*recetas deben ser para el estudiante únicamente, ningún otro nombre será aceptado*)
    - 2) Nombre del medicamento
    - 3) Instrucciones precisas de dosis, cantidad y frecuencia
    - 4) Nombre de la autoridad\* que prescribe.
    - 5) Iniciales de la escuela; *por ej. "Twin Peaks" sería TP*
  - c. Los medicamentos sin receta estén debidamente etiquetados, incluyendo:
    - 1) La etiqueta del fabricante con el nombre, dosis, e instrucciones
    - 2) El nombre de su hijo(a) (nombre, apellido, iniciales) e iniciales de la escuela; *ej. Amanda Garcia (TP)*
  - d. Las etiquetas en español deberán ser traducidas al inglés en la Forma de Autorización
  - e. Los medicamentos no deben estar vencidos.
5. Doble esta forma y póngala dentro de una bolsa de plástico con cierre tipo "zip-lock" con todos los medicamentos (ambos, con y sin receta, y en sus envases originales) y mande la bolsa a la escuela de su hijo(a) tres semanas antes de la fecha del campamento.
  - a. Marque la bolsa de plástico (con cinta adhesiva) con el nombre completo de su hijo(a) y de su escuela.
  - b. **NO ENVÍE** ningún medicamento al plantel en la maleta de su hijo(a).

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!

Si tiene alguna pregunta referente a los medicamentos de su hijo(a) o a estas instrucciones, póngase en contacto con su escuela o con la enfermera del Cuyamaca Outdoor School: 760-765-4110 ó FAX: 760-765-3001.

*\*Médico, Asistente Médico, o Enfermera Certificada con licencia para ejercer en el estado de California.*

**Forma de Autorización para Medicamentos**  
**Debe Completarse por una Autoridad Médica Reconocida\***  
**Favor de llenar completa y cuidadosamente**

Nombre de la escuela: \_\_\_\_\_

Nombre del niño (a): \_\_\_\_\_  
(apellido) (nombre)

<b>Medicamentos</b>				
Nombre del Medicamento	Propósito del Medicamento	Dosis Recetada	Horario del Medicamento (rutinario/si hay necesidad)	Forma de Dosis (tableta, liquido, etc.)

**Nota al médico: Favor de tachar las casillas arriba que no se hayan usado. Anexar una hoja adicional si hace falta.**

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

Certifico que el/la niño(a) mencionado anteriormente está bajo mi cuidado:

Oficina: \_\_\_\_\_

Domicilio: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Nombre en letra de molde: (Apellido, Nombre)

# de Teléfono: \_\_\_\_\_

Firma de Autoridad Médica Reconocida:  
 \_\_\_\_\_

# de Fax: \_\_\_\_\_

Licencia de CA #: \_\_\_\_\_

Por la presente autorizamos a la escuela de administrar los medicamentos escritos conforme las instrucciones anotadas.

Firma de Padres: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

*\*Médico, Asistente Médico, o Enfermera Certificada con licencia para ejercer en el estado de California.*