

**Paquete Médico de Las Escuelas
de la Ciudad de Kannapolis
Para los Viajes Escolares
de Varios Días**



Procedimiento de Medicinas para un Viaje Escolar de Varios Días

Estimados Padres de Familia/Tutores:

Si su hijo/a necesitará medicamentos durante el viaje escolar de varios días, por favor siga los procedimientos a continuación. Tenga en cuenta que las normas para medicamentos de KCS son las mismas para todos los viajes escolares, incluso los viajes de varios días; ya que el viaje está llevándose a cabo durante el horario escolar. Si tiene cualquier pregunta o inquietud, comuníquese con la enfermera de la escuela.

1. **Todos los medicamentos que actualmente se encuentran en la oficina de la enfermera escolar se enviarán al viaje escolar para que sean administrados de acuerdo a las órdenes del proveedor médico. No se necesita ningún documento adicional para estos medicamentos.**
2. **Si su hijo/a normalmente toma medicina fuera del horario escolar y necesitará llevar la medicina en el viaje escolar, por favor siga las siguientes normas:**
 - **Para que los medicamentos recetados o de venta libre sean administrados por el personal de la escuela** debe proporcionar una orden de medicación completa y firmada por un proveedor médico. Los padres de familia deben firmar la orden que permite al personal de la escuela administrar el medicamento. Los medicamentos recetados deben estar en un frasco de farmacia con una etiqueta de prescripción que coincida con la orden escrita por el proveedor médico. Los medicamentos de venta libre deben estar en el envase original con el nombre de su hijo/a escrito en el frasco. Por favor, proporcione la menor cantidad necesaria. El medicamento y la orden de medicación deben entregarse a la enfermera de la escuela para que los revise antes del viaje escolar.
 - **Para que el/la estudiante pueda autoadministrarse un medicamento recetado** debe tener una orden de medicación completa y firmada por un proveedor médico. Los padres de familia deben firmar la orden que permite al estudiante automedicarse. El estudiante deberá reunirse con la enfermera de la escuela para completar el contrato de automedicación antes del viaje escolar. Los medicamentos deben enviarse en el envase original con la etiqueta de la receta y la cantidad mínima necesaria. La orden de medicación debe entregarse a la enfermera de la escuela para que la revise antes del viaje escolar.
 - **Los medicamentos de venta libre que el/la estudiante se autoadministre** deben tener una nota de los padres de familia adjunta al medicamento que diga que se permite que el estudiante se automedique. La nota debe incluir el nombre del medicamento, la cantidad, la hora y la firma de los padres de familia. El medicamento debe estar en el envase original con el nombre de su hijo/a escrito en el envase. Por favor, proporcione la menor cantidad necesaria.

Todas las ordenes de medicación/medicamentos para el viaje escolar de varios días se deben entregar a la enfermera escolar para que las revise hasta el _____

Fecha

Muchas gracias por ayudar a que este viaje escolar sea divertido y seguro para su hijo/a. Si tiene cualquier pregunta por favor llame a la enfermera escolar.

Enfermera Escolar

Teléfono



VIAJE ESTUDIANTIL DE VARIOS DIAS
Formulario de Renuncia de Seguro Médico Estudiantil / Permiso para Tratar al Estudiante

Importante - Esta notificación **debe** ser firmada y devuelta a la escuela antes de que el estudiante pueda participar en este viaje.

Nombre Completo del Estudiante: _____
Dirección: _____
Teléfono de la casa: _____ **Teléfono celular:** _____
Lugar del Viaje Estudiantil de varios días: _____

RENUNCIA DEL SEGURO MÉDICO ESTUDIANTIL

Para poder participar en un viaje de varios días se debe obtener el Seguro Médico Estudiantil **a menos que el formulario de la renuncia del seguro sea firmado por el padre de familia/tutor indicando que el estudiante tiene seguro personal adecuado. Esta renuncia libera a la Junta Escolar de las Escuelas de la Ciudad de Kannapolis y sus empleados de toda responsabilidad por cualquier reclamación debido a lesiones recibidas durante la participación en un viaje de varios días patrocinado por la escuela.**

1. De conformidad con las Normas de la Junta Escolar 4220 y el Seguro actual de Accidentes Estudiantiles quiero proceder de la siguiente manera: (Marque uno)
 - a. _____ Yo tengo seguro médico personal adecuado y liberó a la Junta Escolar de la Ciudad de Kannapolis y sus empleados de cualquier responsabilidad en este asunto. Mi información de seguro médico es la siguiente:

Compañía de Seguro _____ #de Poliza _____

Teléfono de la Compañía _____ Nombre del Asegurado: _____
 - b. _____ Mi hijo/a actualmente está inscrito en el seguro de Cobertura de Accidentes Estudiantiles. Yo entiendo que soy responsable por el pago de los cargos no cubiertos bajo esta póliza.
 - c. _____ Necesito contratar el actual Seguro de Cobertura de Accidentes Estudiantiles. Voy a inscribir a mi hijo/a en línea visitando la pagina <https://www.kandkinsurance.com/sites/K12Voluntary/Pages/Home.aspx> y siguiendo las instrucciones de inscripción.
2. Existen limitaciones en la cobertura del Seguro de Accidentes Estudiantiles. La responsabilidad de pagar por cualquier tratamiento médico necesarios no cubierto bajo la cobertura del Seguro de Accidentes Estudiantiles o la cobertura del seguro personal corresponde a la familia.
3. Ni la Junta Escolar de la Ciudad de Kannapolis, ni ninguno de sus empleados asumirá la responsabilidad alguna por reclamaciones resultantes de lesiones sufridas por su hijo/a mientras participe en este programa.

PERMISO PARA PROPORCIONAR TRATAMIENTO

Doy permiso para que mi hijo/a, _____, sea tratado en caso de una emergencia médica. Entiendo que, en caso de emergencia se tendrá que transportar a mi hijo/a al centro de tratamiento médico más cercano inmediatamente y que se pondrán en contacto conmigo. En caso de que no se me pueda localizar, proporciono nombres de dos contactos de emergencia a continuación:

1. Nombre: _____ Teléfono: _____
Relación con el estudiante: _____
2. Nombre: _____ Teléfono: _____
Relación con el estudiante: _____

Firma del Padre de Familia/Tutor: _____ **Fecha:** _____



Medication Authorization for Students

Student's Name: _____ Birth Date: _____

School Year: _____ Grade: _____

In order to keep this student in optimum health and to help maintain maximum school performance and sustain attendance, it is necessary that medication be given during school hours.

Name of Medication: _____

***Only one medication on each med auth form.**

Circle One: Tablet Capsule Liquid Inhaler Nebulizer* Patch Drops Injection* Rectal* Other: _____

*Please indicate physical condition for which specialized physical health care (nursing type) procedure is to be provided:

Dosage (amount to be given) _____

Time/Frequency: _____ A.M. _____ P.M. or As Needed every _____

Reason for Medication: _____

Side Effects (expected or predicable): _____

Termination Date: _____ (All medication orders expire at the end of the school year unless otherwise stated.)

Physician's Signature: _____ Date: _____

Physician's Name Printed: _____ Telephone #: _____

AUTORIZACION DE LOS PADRES DE FAMILIA: Por favor firme la autorización que se aplica a su hijo/a.

Autorización de los padres de familia para que el medicamento sea administrado por la enfermera /personal escolar:

- Por la presente, doy autorización para que mi hijo/a (nombrado arriba) reciba medicamento durante el horario escolar.
- Este medicamento ha sido recetado por un proveedor de salud médica licenciado.
- Por la presente libero a la Junta escolar, sus agentes y empleados, de cualquier y toda responsabilidad partir que pueda resultar a partir de que mi hijo/a tome el medicamento recetado.
- Este consentimiento es válido por el año escolar, a menos que sea revocado.
- Voy a proporcionar todos los medicamentos para uso en la escuela en un recipiente debidamente etiquetado por el farmacéutico con información de identificación, (nombre del niño/a, medicamentos dispensados, dosis prescrita y la hora que debe de ser dado o tomado).

Firma del Padre de Familia/Tutor: _____ Teléfono: _____ Fecha: _____

O

Autorización de los Padres de Familia para que su hijo/a se AUTO ADMINISTRE el medicamento (Kinder-5tº consulte con la enfermera de la escuela):

- Estoy de acuerdo con la autorización del medicamento, tal como fue escrita por el proveedor médico mencionado anteriormente.
- Por la presente, doy autorización para que a mi hijo/a se le permita llevar y auto-administrarse el medicamento en la escuela como ha sido recetado por un proveedor de salud médica licenciado. Entiendo que mi hijo/a debe llevar este medicamento consigo en todo momento en la escuela o perderá el derecho a llevarlo. Además, entiendo que la escuela no asume ninguna responsabilidad por la administración del medicamento. Por la presente libero a la Junta Escolar, a sus agentes y empleados, de cualquier y toda responsabilidad que pueda resultar de que mi hijo/a tome este medicamento. Mi hijo/a está bien informado acerca de este medicamento y cómo auto-administrarlo.
- Estoy de acuerdo en asegurar que el medicamento tenga una etiqueta de farmacia con el nombre de mi hijo/a.

Firma del Padre de Familia/Tutor: _____ Teléfono: _____ Fecha: _____

Reviewed by School Nurse: _____ Date: _____



Student's Name: _____ Grade: _____

Información Importante Sobre la Administración de Medicamentos en las Escuelas

- Cuando sea posible, los medicamentos deben tomarse antes o después de la escuela.
- Se requiere de un consentimiento escrito por los padres de familia/tutores y una orden de un proveedor de atención médica con licencia para la administración de medicamentos recetados y de venta libre en la escuela. Comuníquese con la enfermera de la escuela para obtener ayuda si se mudo al Condado de Cabarrus. Algunos medicamentos pueden que no sean apropiados para un ambiente escolar. Comuníquese con la enfermera de la escuela si tiene preguntas.
- No se darán medicamentos en la escuela hasta que esta autorización haya sido revisada y firmada por la enfermera de la escuela.
- Los medicamentos son dados por una enfermera o un personal de escuela entrenado por la enfermera de la escuela.
- Cada medicamento debe estar en el envase original etiquetado de la farmacia o de la oficina del proveedor de atención médica. Algunas farmacias proporcionarán un envase adicional para el uso en la escuela.
- Información acerca de este medicamento y la salud del estudiante puede ser compartida con otro personal de la escuela o los agentes escolares para ayudar con la seguridad del estudiante y el éxito en la escuela.
- La enfermera de la escuela puede contactar al proveedor de atención médica que le recetó el medicamento y la farmacia donde se llenó la receta para hablar acerca de este medicamento.
- Se requieren nuevos formularios de autorización al principio de cada año escolar, cuando la dosis o las direcciones cambian, y cuando se receta un nuevo medicamento. Los padres de familia/tutores deben suministrar los medicamentos.
- Cuando un estudiante se auto-administra un medicamento de venta libre sin el apoyo del personal escolar, el medicamento debe ser enviado en el envase original con sólo 1 or 2 dosis con una autorización escrita firmada por el padre de familia y adjunta al contenedor. La autorización debe incluir también la fecha, la hora y la cantidad de medicamento para ser administrado por el estudiante.

Student Contract for Self-Administered Medication

Student Responsibilities:

- I plan to keep my inhaler, equipment, Epi-pen or other medication with me at school rather than in the school nurse's office.
- I agree to use my inhaler, equipment, Epi-pen or other medication in a responsible manner, in accordance with my licensed health care provider's orders.
- I will notify the school health office or main office if I am having more difficulty than usual with my health condition.
- I will not allow any other person to use my inhaler, equipment, Epi-pen or other medication.
- I will carry the least amount of medication possible in its original container.

Student's Signature: _____ Date: _____

School Nurses Responsibilities:

- Emergency Action Plan complete and on file at school
- Demonstrates correct use/administration
- Recognizes proper and prescribed timing for medication
- Agrees to carry medication or keep in an established location
- Knows health condition well
- Keeps a second labeled container in the health room
- Will not share medication or equipment with others. Comments:

School Nurse Signature: _____ Date: _____

Política para medicamentos sin receta médica Auto-administrado por el estudiante

Cuando un estudiante se auto-administra un medicamento de venta libre, sin el apoyo del personal de la escuela, el medicamento deberá ser enviado en su envase original con sólo 1 o 2 dosis, con una autorización por escrito firmada por los padres de familia/tutor y adjunto al recipiente. La autorización también deberá incluir la fecha, hora y cantidad de medicamento que el estudiante debe auto-administrarse.