

San Dieguito Union High School District

Autorización para la Administración de Medicamento

Authorization for Administration of Medication

El código de educación de California sección EC 49423, permite que durante el día escolar los estudiantes reciban la administración de medicamento sin prescripción y/o con prescripción de un médico, y reciban la asistencia con la administración del medicamento por el personal escolar asignado o llevar consigo aquél medicamento que necesite el estudiante administrarse así mismo, cuando el padre / tutor legal Y EL MÉDICO, hayan presentado por escrito su autorización.

Estudiante: _____	<input type="checkbox"/> M	<input type="checkbox"/> F	Fecha de Nacimiento: Mes/ Día/Año _____	ID# _____
<i>Apellido Primer nombre Inicial</i>	Varón	Dama		Identificación Estudiantil
Escuela Actual : _____			Grado: _____	

Autorización del padre / tutor legal Favor de leer la página 2 para el procedimiento de medicamento con y sin prescripción

De acuerdo con el código de educación EC§49423 Sections (a), (b, 1, 2 & 3) and (c) EC §49423.1 Sections (a), (b 1, 2 & 3) and (c) y EC §49407 , yo, el suscrito padre / tutor legal del estudiante aquí mencionado, por medio de la presente doy mi autorización:

_____ **Autorizo al personal** designado en el distrito escolar, para que asista a mi hijo/a con la administración de medicamento, observando, supervisando, y proporcionando pruebas de acuerdo con las instrucciones y aprobación médica adjuntas.

Iniciales
Padre / Tutor legal

_____ **Autorizo a mi hijo/a** para que se le asista en la administración de un auto-inyector de epinefrina (Epinephrine-pen), o un inhalador para asma de acuerdo con las instrucciones y aprobación del médico incluido en éste formulario.

Iniciales
Padre / Tutor legal

De acuerdo con los códigos de educación de California EC§49407, por la presente yo, el suscrito SOSTENGO INOCENTE, LIBERO Y EXONERO al distrito escolar San Dieguito Union High School District, a su Mesa Directiva de Fideicomisarios "Board of Trustees", a sus oficiales, empleados y agentes, de toda responsabilidad, incluyendo; lesiones, muerte, reacciones adversas, u otros daños que puedan resultar de la administración del medicamento por el mismo estudiante o por medio de la asistencia del personal escolar, de acuerdo con la autorización e instrucciones aquí descritas por el suscrito padre / tutor legal y por el médico de mi hijo.

Estoy de acuerdo en proporcionar los medicamentos aquí indicados, **entregándolos en el envase / recipiente de prescripción original con la etiqueta que contenga el nombre de mi hijo**, el nombre del médico, el medicamento, la vía de administración, la dosis, el propósito y la farmacia. Así también autorizo a al enfermero escolar y al personal escolar designado para consultar con el médico quien remitió la prescripción, y para alguna pregunta que se presente con relación al medicamento. Código de educación de California EC§49480. **Comprendo que para la administración continua de medicamento requiere la autorización anual de la oficina de salud escolar.**

Imprima el nombre del padre / madre / tutor legal _____	Teléfono del hogar <input type="checkbox"/> de empleo <input type="checkbox"/> Teléfono celular _____
Domicilio actual _____	Ciudad y estado _____
Código postal _____	
Correo electrónico _____	X _____
	Firma del padre / madre / tutor legal _____
	Fecha _____

Autorización del médico Esta sección debe completarla solamente el médico quien prescribe

Nombre del medicamento	Método de administración	Dosis	Vía	Horario aproximado
#1: _____	_____	_____	_____	_____
#2: _____	_____	_____	_____	_____

Descontinuación _____ del _____ medicamento:
Instrucciones _____ para _____ el _____ personal _____ escolar:

Precauciones y almacenamiento: _____

_____ **Autorizo a mi paciente** para que lleve consigo y se administre por sí mismo/a:
 un auto-inyector "Epinephrine Pen" un inhalador para asma de acuerdo a mis instrucciones y aprobación, a continuación confirmo que he instruido a mi paciente en el procedimiento, dosis, y horario para la administración del medicamento, y el estudiante está capacitado/a para auto-administrarse el medicamento. (Education Code §49423 Sections (a), (b, 1, 2 & 3) and (c) EC §49423.1 Sections (a), (b 1, 2 & 3) and (c))

Iniciales
del Médico

Fecha de prescripción: _____ M.D. _____

Teléfono del médico _____	Número de FAX _____
Imprima el nombre del médico _____	
Número de licencia médica _____	Firma del médico _____
	Fecha _____

San Dieguito Union High School District

Autorización para la Administración de Medicamento

Authorization for Administration of Medication

El procedimiento que cubre la autorización para administración de un medicamento **con prescripción y sin prescripción** constados en este formulario se facilitará de la siguiente manera:

1. Solamente se puede traer a la escuela aquel medicamento que por prescripción del médico del estudiante ha determinado que es necesario que se le administre al estudiante en la manera descrita en este formulario. **(También se requiere el consentimiento del padre / tutor legal por escrito)**
2. El medicamento que se mantenga en la escuela para proporcionársele al estudiante de acuerdo a las provisiones constadas en este formulario deberá de almacenarse en **su contenedor / recipiente original** marcado con claridad con el nombre del estudiante; el nombre del médico quien prescribe, el nombre del farmacéutico que dispuso el medicamento, o la compañía fabricante; y la cantidad de medicamento que deberá administrarse a horas específicas o en situaciones específicas, etc. (El padre / tutor legal puede solicitar del médico un duplicado de la prescripción, uno para el hogar y otro para la escuela).
3. Todo medicamento se mantendrá bajo seguridad. Para que logre seguirse las instrucciones de almacenamiento o medidas de seguridad, deberá de presentarse la constancia del médico entregándosela al personal escolar asignado para que tales instrucciones se apliquen.
4. **El padre / tutor legal o el estudiante adulto** (de 18 años o mayor), deberá de entregar el medicamento y el formulario completo en la oficina de salud en la escuela.
5. **El padre / tutor legal o el estudiante adulto** (de 18 años o mayor), deberá de recoger el medicamento restante del año escolar **durante la última semana de clases del mes de junio**.

Si el medicamento requiere administración continua, **deberá de entregarse anualmente un nuevo formulario** de administración "Authorization for Administration of Medication".

*Si tiene usted alguna pregunta, favor de ponerse en contacto con la oficina de salud
"Health Office" de la escuela de su hijo/a:*

Secundaria	Teléfono #	Extensión	Preparatoria	Teléfono #	Extensión
CV	858-481-8221	3014	CCA	858-481-8221	4011
DNO	760-944-1892	6631	LCC	760-944-1892	6024
EW	858-755-1558	4414	SDA	858-755-1558	5021
OC	760-753-6241	3378	TP	760-753-6241	2235
PT	858-509-1000				

Información Adicional:



Drive for 25!

Just \$40 per family will get us to our \$25,000 goal and enrich the Oak Crest experience for all of our students!

Please check your donation level:

Wave \$40 _____

Tubular \$500 _____

Crest \$250 _____

Make Your Own _____

Complete this form and return it with your donation payable to: Oak Crest Parent Foundation

Student(s) _____ (7th/8th)

Parents _____

Address/City/Zip _____

Email _____

Your donation is tax deductible. Our tax ID number is 33-0004167.

Donate online at: www.oakcrestparentfoundation.org

Drive for 25!

Just \$40 per family will get us to our \$25,000 goal and enrich the Oak Crest experience for all of our students!

At Oak Crest Middle School, every student has opportunities to develop academically, explore the arts, and connect with new interests. The Oak Crest Parent Foundation is committed to providing our students with these opportunities, which are funded by Oak Crest parent donations.

Historically, less than 10% of parents have donated to our annual fundraising campaign. For the 2016-17 School Year, the Oak Crest Parent Foundation has decided to "Drive for 25" – a program to get all of our families donating by lowering the suggested contribution to make it more affordable.

Our school continues to face ongoing challenges due to a gap between public funding and the funds we need to ensure our students have the opportunities to develop and explore.

Just \$40 per family will enable us to raise the \$25,000 we need for the upcoming school year to support our target initiatives (see right column) and help create a unique Oak Crest experience. These initiatives benefit all of our Oak Crest students and bring new technology, creativity and enriching experiences to the classroom.

Thank you in advance for your donation.

2016-17 Fundraising Initiatives

- Creative Arts: \$2000
- Multimedia Supplies: \$1000
- Science, Technology, Engineering & Math Programs (STEM): \$1500
- Library: \$1000
- Technology: \$10000
- Mentoring/Tutoring: \$3000
- Disneyland Scholarships: \$1500
- Classroom Supplies: \$5000

Donate today online at:

www.oakcrestparentfoundation.org

CREST LEVEL (\$250) DONATION BENEFITS:

- Wave Car Decal
- Go Waves! Baseball Tee

TUBULAR LEVEL (\$500) DONATION BENEFITS:

- Wave Car Decal
- Go Waves! Baseball Tee
- One Free Yearbook



OAK CREST MIDDLE SCHOOL "A California Distinguished School"

Ben Taylor
Principal

Kathryn Friedrichs
Assistant Principal

Michelle McNeff
Counselor

675 Balour Drive, Encinitas, CA 92024

(760) 753-6241

Opción para que su información no se publique En el directorio de Oak Crest 2016-2017

Cada familia recibe un directorio como obsequio de la Fundación de Padres de Oak Crest. El nombre de cada estudiante y de sus padres, el domicilio y número de teléfono es publicado en el directorio.

Si no desea que su información aparezca en el directorio, favor de llenar esta forma y entregüela a la escuela.

Por favor, elimine la siguiente información acerca de mi estudiante de el directorio:

Nombre de Estudiante: _____

TODA LA INFORMACIÓN

Dirección

Teléfono

Nombre de Padre _____ Firma de Padre _____

SAN DIEGUITO ALLIANCE FOR DRUG FREE YOUTH

La Alianza San Dieguito para la Juventud Libre de Drogas

Le invita a tomar la Promesa de Padre de Familia

"TODOS LOS EVENTOS PARA ADOLESCENTES EN MI CASA SERÁN SUPERVISADOS Y LIBRES DE ALCOHOL, TABACO, MARIHUANA Y OTRAS DROGAS."

La Promesa de los Padres de Familia es...

- ❖ Patrocinada por San Dieguito Alliance, una coalición sin lucro, comprometida a la prevención de alcohol, tabaco, marihuana y otras drogas usadas por los jóvenes, y a la educación para los padres y miembros de la comunidad acerca del abuso de drogas.

¿Sabía usted?

- ❖ Que, el 50% de las muertes de adolescentes están relacionadas al alcohol y 75% de todas las muertes que pudieran haberse prevenido, han sido causadas por el uso de alcohol y tabaco. Que, a la edad de 12 años es generalmente cuando se inicia el uso de alcohol, tabaco, marihuana y otras drogas.
- ❖ Que, la comunicación con claridad y consistencia de un reglamento o póliza de familia, contra el uso de alcohol, tabaco, marihuana y otras drogas, previene o dilata el uso de drogas. Para una intervención inmediata, es esencial notificarles a los padres del adolescente si se tiene alguna sospecha que usa alcohol, tabaco, marihuana y otras drogas.
- ❖ Que, en nuestras comunidades, se están sosteniendo fiestas de adolescentes sin supervisión y con alcohol, tabaco, marihuana y otras drogas disponibles, a veces proporcionadas por padres o parientes.
- ❖ Que, es ilegal permitir que los menores de edad consuman bebidas alcohólicas en fiestas o reuniones, las consecuencias pueden incluir una multa de \$1,000.00 dólares, una sentencia de seis meses en prisión y/o el costo de los servicios de policía.

Las Promesas de Padres de Familia se reúnen formando un directorio que incluye solamente los nombres y teléfonos de los padres (sin domicilios). El Directorio de Promesas de Padres de Familia, se les envía de regreso para aquellas familias que firmaron el compromiso, para que se relacionen y tengan comunicación entre ellos.

SAN DIEGUITO ALLIANCE FOR DRUG FREE YOUTH

Sirviendo las comunidades de Cardiff, Carmel Valley, Del Mar, Elfin Forest, Encinitas, Fairbanks Ranch, La Costa, Rancho Santa Fe y Solana Beach

PO Box 2448 Del Mar 92014 Teléfono y Fax (858) 755-6598 SDAlliance4@aol.com www.sandieguitoalliance.org



"TODOS LOS EVENTOS PARA ADOLESCENTES EN MI CASA SERÁN SUPERVISADOS Y LIBRES DE ALCOHOL, TABACO, MARIHUANA Y OTRAS DROGAS."

- Por favor incluya solamente mi/nuestros nombre/s y número/s de teléfono, en el Directorio el cual es recopilado por zonas postales. **En el otoño, se me/nos entregará un Directorio de Promesas de Padres de Familia.**
- Me/nos gustaría que se me/nos notifique acerca de otros problemas comunitarios de alcohol, tabaco, marihuana y otras drogas. El/los domicilio/s electrónico/s: _____
Padre _____ Madre _____ (Con letra impresa por favor)
Opino que a comparación de hace tres o cuatro años, los padres actualmente permiten que los adolescentes consuman alcohol en sus hogares: _____ tanto como antes _____ menos que antes _____ más que antes
- Adjunto una donación deducible de impuestos a **SAN DIEGUITO ALLIANCE FOR DRUG FREE YOUTH** (Número de Identificación de Impuestos Federales es 33-0016843) para asistir con la actividades y pólizas de prevención y educación de alcohol, tabaco, marihuana y drogas: _____ \$25 (Familia) _____ \$100 (Patrocinador) _____ Cualquier cantidad es bien recibida aunque no es necesaria

PADRE: _____ **TELÉFONO:** _____
Apellido Primer Nombre (Con letra impresa por favor)

MADRE: _____ **TELÉFONO:** _____
Apellido Primer Nombre (Con letra impresa por favor)

APELLIDO DE SU HIJO/A: _____ **ESCUELA:** _____
(Solamente si el apellido es diferente al de el/los padres) Grado

DOMICILIO: _____
(Con letra impresa por favor) Ciudad Zona Postal

AGRADECEMOS su apoyo y preocupación por los jóvenes

POR FAVOR REGRESE ESTE FORMULARIO Por Correo: **SAN DIEGUITO ALLIANCE** Por Fax: **(858) 755-6598**
PO Box 2448
Del Mar, CA 92014

Does your child need health care coverage?

Complete this form and return **ONLY** if you need health care coverage for your child.
For more information or to apply by phone please call 1-800-675-2229 (toll free).



We can help you:

- Learn about **no/low cost** health care programs
- Get answers to questions about children's health care programs
- Apply for coverage if your child is eligible

1-800-675-2229

() _____
Parent/Guardian's Home Phone Number with Area Code

() _____
Parent/Guardian's Cell Phone Number with Area Code

Best time to call you on a Monday-Friday: Before 12:00 noon After 12:00 noon

Parent/Guardian's First and Last Name

E-mail Address

Street Address/P.O. Box

City

Zip Code

School Name

Parent/Guardian's Privacy Notice

The law requires us to tell you what we will do with any personal information you choose to send us on this form. A representative of Healthy Families or the Department of Health Services will contact you about health coverage for your child(ren). This information will not be used for any other purpose. If you have questions, about Healthy Families or Medi-Cal please call 1-888-747-1222.

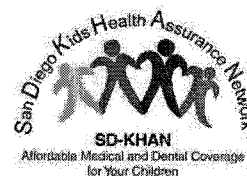
Parents or School/School District Health Staff, please mail this form to:

San Diego Kids Health Assurance Network
3851 Rosecrans St, Suite 522
San Diego, CA 92110-3115

Rev. April 2011

¿Y su hijo tiene cobertura de salud?

Complete esta forma y regrésela **SOLO** si usted necesita cobertura de salud para su hijo.
Para más información o para aplicar por teléfono por favor llame a 1-800-675-2229 (línea gratuita).



Nosotros le podemos ayudar a:

- Conocer sobre programas de seguro de salud **sin costo y de bajo costo**
- Obtener respuestas a preguntas acerca de programas de seguro de salud para niños
- Aplicar para seguro de salud si su hijo es elegible

1-800-675-2229

() _____
Código de área y numero de teléfono del hogar del Padre/Tutor

() _____
Código de área y numero de teléfono celular del Padre/Tutor

Mejor hora para llamarle de lunes a viernes: Antes de las 12:00 mediodía Después de las 12:00 mediodía

Nombre y Apellido del Padre o Tutor

Dirección de correo electrónico

Dirección o Apartado Postal

Ciudad

Código Postal

Nombre de la Escuela

Notificación de Privacidad para Padres/Tutores

La Ley nos requiere decirle que haremos con cualquier información personal que usted decida enviarnos en este formulario. Un representante de Healthy Families o el Departamento de Servicios de Salud lo contactará acerca de cobertura de salud para su (s) niño (s). Este formulario no se utilizará para ningún otro propósito. Si tiene alguna pregunta acerca de Healthy Families o Medi-Cal llame al 1-888-747-1222.

Padres de Familia o Personal de Salud del Distrito

Por favor envíe ésta forma a:

San Diego Kids Health Assurance Network
3851 Rosecrans St., Suite 522
San Diego, CA 92110-3115

Rev. April 2011