



## Información y Lista de Verificación para Padres sobre Medicación

Estimado Padre/Guardian:

En Orange County Head Start, priorizamos la salud y seguridad de su hijo. Nuestros archivos demuestran que su hijo/a necesita medicación durante las horas de la escuela. Medicación es raramente administrado en la escuela. Las únicas excepciones involucran problemas especiales o serios en que es absolutamente necesario administrar el medicamento. Nosotros reconocemos que el tratamiento médico es la responsabilidad del padre y el doctor. Por eso, nosotros, el personal de OCHS, vamos a seguir las instrucciones escritas, según las recetas de su doctor. También es la responsabilidad del padre/guardián notificar al director/a del centro si hay un cambio en las órdenes de la medicación. Ordenes de la medicación deben de ser renovados cada año y cuando el régimen del medicamento cambie.

Lo siguiente es una lista de verificación para guiarle a través de nuestro procedimiento de medicamento. Si tiene preguntas o necesita asistencia, por favor comuníquese con su director/a del centro.

### Por favor complete los siguientes pasos:

- Obtenga las siguientes formas en el centro: **Parent/Guardian and Physician Request for Medication (PPRM) y Medication Information Request Letter.**
- Firme e indique la fecha en la porción de arriba de la forma PPRM.
- Lleva la forma PPRM y la “Medication Information Request Letter” al doctor de su hijo
  - Verifica que su doctor complete **todas** las secciones de la forma de PPRM
- Recoja la receta de su farmacia y verifique que las órdenes del doctor sean correctos
- Entregue la forma PPRM completa con el medicamento a su director/a del centro
- Entregue el medicamento en el contenedor original a su director del centro. Si es una receta, debe de contener las direcciones del farmacéutico, sin alteraciones y sin ser usado (nuevo).
  - Nota: El personal de salud revisará el medicamento y el papeleo y notificará al director/a del centro cuando el proceso ya se ha terminado.
    - El director/a del centro se comunicara con usted para hacer una cita de entrenamiento de la medicación
- Asistir el entrenamiento de la medicación con el director del centro y otro personal de OCHS

**\* Su hijo empezará/continuará la escuela cuando los pasos indicados sean terminados.**

Muchas Gracias,

*Su Equipo de Servicios de Salud de OCHS*



## MEDICATION INFORMATION REQUEST LETTER

Dear Provider:

At Orange County Head Start, we prioritize our participants' health and safety. Our records show that your patient may be in need of medication during school hours. Medications are rarely given in school. The only exceptions involve special or serious problems where it is deemed absolutely necessary to give the medication. We recognize that medical treatment is the responsibility of the parent and the family physician; therefore, we, OCHS staff, will follow written instructions as prescribed by the child's physician on the attached form and pharmacy label.

The following information is to notify you of our Medication Policy and Procedure. **We ask that you read this document thoroughly and complete the Parent/Guardian and Physician Request for Medication form attached.**

### **OCHS Medication Policy Information:**

1. The parent is urged with the help of the family physician to work out a schedule of giving medication outside school hours. **Note: Medical personnel are not available at school.**
2. Specific directions for the administration of the medication to be given at school must be included in a written statement from the attending physician, clearly specifying the condition for which the drug is to be given, how it is to be given, dosage, and related information and supplied in the original bottle from pharmacy (see attached form).
3. Specific instructions should be included for the emergency treatment of allergic reactions such as those from bee stings, and they should clearly state what type of reaction for which the drug is being given; i.e. localized, generalized, severe, and mild.
4. Medication orders must be renewed by the attending physician and a release signed by the parents at the beginning of each school year or upon entrance to school and when medication regimen is changed.
5. All prescription medication must have an unaltered label by the pharmacist (**medication label's instruction must match physician's instructions provided on medication request form**).

Thank you for your cooperation,

OCHS Health Staff

**PARENT/GUARDIAN AND PHYSICIAN REQUEST FOR MEDICATION**

**Name of Student:** \_\_\_\_\_ **Birthdate:** \_\_\_\_\_

**SOLICITUD DEL PADRE O TUTOR PARA LA ADMINISTRACIÓN DE MEDICAMENTOS RECETADOS Y SIN RECETA**

La sección del código de educación de California 49423 permite que un personal de la escuela no médico asista a los estudiantes que son requeridos a tomar medicamento durante las horas de la escuela. Este servicio se provee a los estudiantes para mantenerlos en la escuela, y mejorar su potencial de aprendizaje y educación.

Yo requiero que el medicamento sea administrado a mi hijo/a de acuerdo con la autorización escrita de nuestro proveedor de salud. Yo entiendo que una persona sin estudio medico estará designada en seguir las ordenes escritas del proveedor. Yo notificare a la escuela inmediatamente y entregare nuevas formas si hay cambio en el medicamento, la dosis, hora de administración, o el cambio del proveedor médico. Yo doy permiso al personal de salud para el intercambio de información con el proveedor médico relacionado con el medicamento. El personal de salud puede aconsejar al personal apropiado de la escuela sobre el medicamento y sus posibles efectos.

El medicamento se debe de mantener en la escuela para uso de emergencia. En caso que mi hijo/a sufriera una reacción adversa como resultado de la administración del medicamento, yo doy liberación de responsabilidad civil a OCHS y el personal de la escuela.

Padre/Guardián Firma: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Teléfono: (Trabajo) \_\_\_\_\_ (Casa) \_\_\_\_\_

**AUTHORIZED HEALTH CARE PROVIDER REQUEST FOR ADMINISTRATION OF MEDICATION**

Reason for Medication/Physical Condition: \_\_\_\_\_

Medication: \_\_\_\_\_ Dose: \_\_\_\_\_ Route: \_\_\_\_\_ Time: \_\_\_\_\_

If PRN: Amount of time between doses \_\_\_\_\_ Maximum number of doses \_\_\_\_\_ per day.

Possible medication reactions: \_\_\_\_\_

Instructions for emergency care \_\_\_\_\_

**Authorized Health Care Provider**

Signature: \_\_\_\_\_

Name (print clearly): \_\_\_\_\_

Telephone \_\_\_\_\_

Date of Request: \_\_\_\_\_

Date to Discontinue Medication: \_\_\_\_\_

**Office Stamp**

**AGENCY USE:**

Reviewed by: \_\_\_\_\_ Date: \_\_\_\_\_

**This request is valid for a maximum of one year. Follow-up by this date:** \_\_\_\_\_