

## **PROGRAMA DE EDUCACIÓN MEDIOAMBIENTAL DE KERN (KEEP)**

### **PADRES Y TUTORES:**

#### **SI ESTÁN ENVIANDO CUALQUIER TIPO DE MEDICAMENTO CON SU NIÑO(A), FAVOR DE LEER CUIDADOSAMENTE**

1. Por favor comuníquese con la Superintendente Adjunta Desiree VonFlue (661-636-4629) para conseguir el formulario "Physicians Authorization to Attend" (Autorización Médica para Participar) si cualquiera de estas condiciones médicas serias aplica:  
  
1) Cualquier medicamento que requiera ser inyectado (i.e. EpiPen ó Glucagon), 2) diabetes, 3) reacción severa a picaduras de abeja, 4) severa alergia a comidas o nueces, 5) limitaciones de movilidad, 6) asma severa (i.e. que requiera un nebulizador o restricciones en actividades), 7) convulsiones, 8) restricciones respiratorias (i.e. condiciones respiratorias que limiten la actividad), 9) hospitalizaciones recientes, u 10) otras condiciones serias de salud.
2. No envíe medicamentos con su niño/a si no ocasiona un problema suspenderlos por una semana. Solo envíe aquellos que se deben administrar o necesitar en caso de emergencia.
3. Un medicamento se define como aquel que ha sido prescrito o que se consigue sin receta médica como la aspirina, vitaminas, Tylenol®, Motrin®, pastillas para la tos, etc.
4. Cada medicamento debe estar en su empaque original y debe ser marcado con el nombre del estudiante.
5. No se le puede administrar medicamento a un estudiante sin haber contestado completamente el documento "KEEP Pupil Medication Form" (Formulario KEEP Medicamentos del Estudiante) y que esté firmado tanto por el médico, como uno de los padres para cada medicamento.
6. Todos los estudiantes que traigan en su posesión medicamentos deben entregárselos al personal de KEEP.
7. El personal KEEP administrará el medicamento de acuerdo a las instrucciones médicas.
8. No se permitirá que un estudiante lleve medicamento con ellos a menos que esté indicado en el formulario de medicamentos. El inhalador de rescate para un estudiante lo llevará el personal de KEEP en un botiquín de primeros auxilios para cada caminata.
9. Se pueden especificar hasta tres distintos medicamentos al dorso de este formulario. Utilice una página adicional para otros medicamentos que se deban administrar. Puede encontrar este formulario en el sitio web de KEEP: [www.campkeep.org](http://www.campkeep.org).

(ver el dorso)

## FORMULARIO KEEP MEDICAMENTOS DEL ESTUDIANTE

Estudiante \_\_\_\_\_ Fecha de Asistencia \_\_\_\_\_

Escuela: \_\_\_\_\_ Maestro/a: \_\_\_\_\_

### MEDICAMENTO #1

Nombre del Medicamento \_\_\_\_\_ Dosis (tabs, cdt., inhalaciones, etc.) \_\_\_\_\_

Concentración (mg., ml., etc.) \_\_\_\_\_ Frecuencia (horas aparte, etc.) \_\_\_\_\_

#### FRECUENCIA DE ADMINISTRACIÓN:

Diaria (indique los horarios)  Como se necesite (PRN) (¿Bajo qué condiciones?) \_\_\_\_\_

7:30AM Desayuno  12PM Almuerzo  3:30PM Refrigerio  5:30PM Cena  8PM Hora de dormir

(DOSIS) \_\_\_\_\_ (DOSIS) \_\_\_\_\_ (DOSIS) \_\_\_\_\_ (DOSIS) \_\_\_\_\_ (DOSIS) \_\_\_\_\_

Comentarios: \_\_\_\_\_

Firma del Médico: \_\_\_\_\_ # de teléfono: \_\_\_\_\_

Firma del Padre/Tutor: \_\_\_\_\_ # de teléfono: \_\_\_\_\_

### MEDICAMENTO #2

Nombre del Medicamento \_\_\_\_\_ Dosis (tabs, cdt., inhalaciones, etc.) \_\_\_\_\_

Concentración (mg., ml., etc.) \_\_\_\_\_ Frecuencia (horas aparte, etc.) \_\_\_\_\_

#### FRECUENCIA DE ADMINISTRACIÓN:

Diaria (indique los horarios)  Como se necesite (PRN) (¿Bajo qué condiciones?) \_\_\_\_\_

7:30AM Desayuno  12PM Almuerzo  3:30PM Refrigerio  5:30PM Cena  8PM Hora de dormir

(DOSIS) \_\_\_\_\_ (DOSIS) \_\_\_\_\_ (DOSIS) \_\_\_\_\_ (DOSIS) \_\_\_\_\_ (DOSIS) \_\_\_\_\_

Comentarios: \_\_\_\_\_

Firma del Médico: \_\_\_\_\_ # de teléfono: \_\_\_\_\_

Firma del Padre/Tutor: \_\_\_\_\_ # de teléfono: \_\_\_\_\_

### MEDICAMENTO #3

Nombre del Medicamento \_\_\_\_\_ Dosis (tabs, cdt., inhalaciones, etc.) \_\_\_\_\_

Concentración (mg., ml., etc.) \_\_\_\_\_ Frecuencia (horas aparte, etc.) \_\_\_\_\_

#### FRECUENCIA DE ADMINISTRACIÓN:

Diaria (indique los horarios)  Como se necesite (PRN) (¿Bajo qué condiciones?) \_\_\_\_\_

7:30AM Desayuno  12PM Almuerzo  3:30PM Refrigerio  5:30PM Cena  8PM Hora de dormir

(DOSIS) \_\_\_\_\_ (DOSIS) \_\_\_\_\_ (DOSIS) \_\_\_\_\_ (DOSIS) \_\_\_\_\_ (DOSIS) \_\_\_\_\_

Comentarios: \_\_\_\_\_

Firma del Médico: \_\_\_\_\_ # de teléfono: \_\_\_\_\_

Firma del Padre/Tutor: \_\_\_\_\_ # de teléfono: \_\_\_\_\_

*Favor de reproducir este formulario si se lo requiere.*