



Kern Environmental Education Program

A PROGRAM ADMINISTERED BY THE OFFICE OF JOHN G. MENDIBURU, Ed.D., KERN COUNTY SUPERINTENDENT OF SCHOOLS

FORMULARIO DE MEDICAMENTOS DE KEEP P/ALUMNOS

Si va a enviar algún medicamento con su hijo(a), por favor lea atentamente lo siguiente.

1. El Formulario de Medicamentos de KEEP para Alumnos deber ser completado y firmado **tanto** por el medico como por el tutor legal **para cada medicamento** que se envíe.
 - Enviar los medicamentos con receta y de venta libre que su hijo(a) toma diariamente.
 - Enviar los medicamentos “de uso necesario” que puedan necesitar (por ejemplo, inhalador, para dolores corporales, mareos, migrañas, alergia, etc.)
2. Por favor no envíe medicamentos de los que su hijo(a) puede prescindir. Camp KEEP conserva un suministro pequeño de medicamentos sin receta para emergencias inesperadas, que usted puede aprobar con antelación en la página 2 del Formulario de Inscripción.
3. Todos los medicamentos que se traigan al campamento deben entregarse en la escuela de su hijo(a) antes de la salida.
4. Los alumnos no pueden llevar medicamentos. Los medicamentos se guardarán bajo llave en la sala de primeros auxilios. El personal llevará consigo los medicamentos de emergencia (como los inhaladores) en todos senderos.
5. El personal de KEEP administrará medicamentos orales o tópicos de acuerdo con las instrucciones del médico. El personal de KEEP **NO** realizará procedimientos médicos complejos (por ejemplo, supositorios, inyecciones, etc.)

Si su hijo(a) padece alguna de las condiciones siguientes, también necesitará completar el Formulario de Autorización Médica.

Avisarle inmediatamente al maestro(a) de su hijo(a). Es probable que se necesite un acompañante médico.

- Medicamentos que requieren de inyecciones o supositorios
- Diabetes
- Alergias graves a alimentos que requieren epinefrina
- Reacción grave a una picadura de abeja que requiera epinefrina
- Asma grave que requiere el uso diario de un equipo respiratorio (nebulizador)
- Restricciones respiratorias que limitan la actividad
- Limitaciones de Movilidad
- Convulsiones/Trastorno Convulsivo
- Hospitalizaciones o cirugías recientes
- Otras condiciones graves de salud física o mental

La autorización médica y la información sobre medicamentos para estudiantes de KEEP se pueden consultar en www.campkeep.org.

FORMULARIO DE MEDICAMENTOS DE KEEP P/ALUMNOS

Alumno(a): _____

Fecha d/Asistencia: _____

Escuela: _____

Maestro(a): _____

MEDICAMENTO #1

Nombre del Medicamento _____

Dosis (pastillas, cucharadas, soplos, etc.) _____

Potencia (mg., ml., etc.) _____

Frecuencia (horas d/diferencia, etc.) _____

HORARIO DE ADMINISTRACIÓN:

☐ Diario (indicar la hora a continuación) **OR** ☐ Según sea Necesario (PRN) (¿Bajo qué circunstancias?) _____

☐ 7:30AM Desayuno

☐ 12PM Almuerzo

☐ 3:30PM Refrigerio

☐ 5:30PM Cena

☐ 8PM Hora de Dormir

(DOSIS) _____

(DOSIS) _____

(DOSIS) _____

(DOSIS) _____

(DOSIS) _____

Comentarios: _____

➡ Firma del Médico: _____

#Teléfono: _____

➡ Firma de los Padres/Tutor: _____

#Teléfono: _____

MEDICAMENTO #2

Nombre del Medicamento _____

Dosis (pastillas, cucharadas, soplos, etc.) _____

Potencia (mg., ml., etc.) _____

Frecuencia (horas d/diferencia, etc.) _____

HORARIO DE ADMINISTRACIÓN:

☐ Diario (indicar la hora a continuación) **OR** ☐ Según sea Necesario (PRN) (¿Bajo qué circunstancias?) _____

☐ 7:30AM Desayuno

☐ 12PM Almuerzo

☐ 3:30PM Refrigerio

☐ 5:30PM Cena

☐ 8PM Hora de Dormir

(DOSIS) _____

(DOSIS) _____

(DOSIS) _____

(DOSIS) _____

(DOSIS) _____

Comentarios: _____

➡ Firma del Médico: _____

#Teléfono: _____

➡ Firma de los Padres/Tutor: _____

#Teléfono: _____

MEDICAMENTO #3

Nombre del Medicamento _____

Dosis (pastillas, cucharadas, soplos, etc.) _____

Potencia (mg., ml., etc.) _____

Frecuencia (horas d/diferencia, etc.) _____

HORARIO DE ADMINISTRACIÓN:

☐ Diario (indicar la hora a continuación) **OR** ☐ Según sea Necesario (PRN) (¿Bajo qué circunstancias?) _____

☐ 7:30AM Desayuno

☐ 12PM Almuerzo

☐ 3:30PM Refrigerio

☐ 5:30PM Cena

☐ 8PM Hora de Dormir

(DOSIS) _____

(DOSIS) _____

(DOSIS) _____

(DOSIS) _____

(DOSIS) _____

Comentarios: _____

➡ Firma del Médico: _____

#Teléfono: _____

➡ Firma de los Padres/Tutor: _____

#Teléfono: _____

FIRMAR PARA CADA MEDICAMENTO. HACER COPIAS DE ESTE FORMULARIO SI ES NECESARIO.