

EL DISTRITO ESCOLAR UNIFICADO DE CHICO

1163 East Seventh Street
Chico, California 95928
(530) _____

Estimados padres:

Entiendo que su hijo(a), _____, puede estar alérgico a la picadura de aveja. Esta problema es crítico para algunos alumnos y estoy interesado hasta qué punto es significativa para su hijo(a). La información siguiente sería apreciada grandemente.

_____	_____
Fecha	Firma de enfermera
1. ¿Tiene su hijo(a) problemas con las picaduras de la abeja ahora?	Sí _____ No _____
2. ¿La hichazón se ha limitado al área alrededor de la picadura de la abeja?	Sí _____ No _____
3. ¿Tiene dificultades en respirar por causa de la picadura?	Sí _____ No _____
4. ¿Él tiene medicación oral o inyectable en el país a tomar casa en caso de que lo piquen?	Sí _____ No _____
5. ¿Si su hijo(a) toma la medicación oral o las inyecciones, usted planea proporcionar a una prescripción que se guardará en la escuela el acontecimiento que lo pican?	Sí _____ No _____

Firma de padre/guardián _____ **Fecha** _____

=====

Sí su hijo(a) necesita medicación para la reacción a la picadura de la abeja, llene y devuelva este formulario a la escuela. Tal medicación debe ser proporcionada por el padre en el envase original que indica el nombre del niño/niña. Se guardará la medicación en la enfermería escolar. Esta forma se debe acompañar la medicación y firmar por el padre o la madre y el doctor.

El código de la educación de la sección 117531, Medicaciones durante la escuela, dice: "A condición que el estudiante tiene que tomar medicaciones recetadas por el doctor durante dias escolares regulares, la enfermera de la escuela u otro personal designado de la escuela puede ayudarlo(a) si el distrito de la escuela recibe una declaración específicamente excrita del doctor y padre o guardián del estudiante.

Nombre de su hijo(a): _____ Fecha de nacimiento: _____

Medicación para tomar: _____

Dosificación: _____

Reacciones a la medicación que son normales y anticipadas: _____

_____	_____	_____
Firma de doctor	Fecha	Número de teléfono del doctor

Acerca de el estudiante nombrada arriba, pido y autorizo el intercambio de información médica que Ud. tiene con el personal del Distrito Unificado Escolar de Chico que es autorizado a recibir esta información.

Apruebo esta autorización para que el personal de la escuela pueda dar medicinas a mi hijo(a) como indica el doctor en esta forma de mandato de medicación.

Firma de padre/guardián _____ **Fecha** _____