

## WALDEN WEST INSTRUCCIONES PARA EL USO DE MEDICAMENTOS

### ➤ **MEDICAMENTOS PARA TODOS LOS PARTICIPANTES EN EL CAMPUS**

- En el campamento todas las vitaminas, suplementos, pomadas medicinales, gotas para la tos, medicamentos de venta libre o recetados se consideran "medicamentos"
- Los medicamentos deben registrarse con el personal de Walden West al llegar.
- Todos los medicamentos deben venir en su empaque original con la etiqueta de fabricación, el nombre de la farmacia y el nombre del participante
  - Nombre del medicamento
  - Fecha de vencimiento (no debe estar vencida)
  - Potencia y dosis indicadas.
  - Las recetas deben incluir el nombre del participante.
- Debe figurar en la lista de Walden West de **FORMULARIO DE MEDICAMENTOS**, ir firmado por un profesional de la salud y del padre o tutor de cualquier menor de edad y de los estudiantes de secundaria.
- Se recomienda que los padres que decidan que sus hijos menores de edad se autoadministren cualquier medicamento de emergencia (por ejemplo, inhaladores de albuterol y epi-pens), le proporcionen a la oficina del programa otra copia (la segunda), la cual se guardará en la oficina en donde el personal pueda encontrarla en una emergencia.
- Los medicamentos de emergencia no deben estar en el empaque, esto para permitir su fácil acceso durante una emergencia, para garantizar que los medicamentos no estén vencidos y que los mecanismos de entrega estén funcionando correctamente.

### ➤ **INSTRUCCIONES PARA DISPENSAR MEDICAMENTOS**

**PASO 1:** Llenar el **FORMULARIO DE MEDICAMENTOS**; haga una lista de todos los "medicamentos", dosis, uso, horario y toda la información del participante.

**Solo envíe los medicamentos que el participante necesitará mientras esté en el campamento.**

**PASO 2:** Lleve el formulario a su proveedor de salud. Para su aprobación su médico debe firmar o sellar el formulario

**Si el formulario no se ha llenado correctamente, no se nos permitirá dispensar medicamentos.**

**PASO 3:** Coloque el **FORMULARIO DE MEDICAMENTO** en una bolsa Ziploc del tamaño de un galón; con el nombre del participante, la escuela y el maestro en una etiqueta \*

**\*Incluya la escuela y el maestro (si su hijo forma parte de un programa escolar).**

**PASO 4** Entregue los medicamentos en la oficina del programa Walden West. \*\*

**\*\* Si asiste a una escuela, antes del viaje entregue el medicamento al maestro del salón de clases. Los maestros entregarán los medicamentos a la oficina del programa de Walden West.**

### ➤ **FORMAS ADICIONALES (SI SON NECESARIAS) (Se requiere la firma del proveedor de salud en los artículos 2-4)**

1. [Formulario de restricciones alimenticias](#)

3. [Plan de acción para el asma](#)

(Alergias / intolerancias, o restricciones alimenticias)

2. [Plan de acción de emergencia \(Anafilaxia\).](#)

4. [Plan de acción en caso de convulsiones](#)

Walden West sigue los procedimientos de acuerdo con el Código de Educación de California 49414, Tratamiento de Anafilaxia, Información de Emergencia 49408, Administración de Medicamentos Recetados para Alumnos 49423 \*, Notificación 49480 a la Escuela por parte de un padre o tutor; Consulta con el médico y la Política de la Junta de Educación de la Oficina de Educación del Condado de Santa Clara 5141.21 Administración de medicamentos y control de afecciones de salud y 5141.27

\* **Código de educación de California, sección 49423** establece que cualquier alumno que deba tomar medicamentos recetados por un médico durante el día escolar regular (tanto de ventas libres como recetadas) puede ser asistido por un empleado escolar capacitado, designado por el distrito (no médico):

(1) Un documento escrito por el médico que detalla el método, la cantidad y el cronograma según el cual se debe tomar dicho medicamento y

(2) Un documento escrito por el padre o tutor del alumno que indique el deseo de que el distrito ayude al alumno en el asunto documentado por el médico.



Para que el participante reciba cualquier medicamento en Walden West (vitaminas, suplementos, medicamentos de venta libre o medicamentos recetados), debe completar este formulario. Si hay que añadir más medicamentos, puede usar una segunda página Si tiene preguntas, llame a nuestros técnicos de salud al (408) 573-3063 Saratoga / (408) 867-1120 Cupertino O correo electrónico [waldenwest\\_healthaide@scoe.org](mailto:waldenwest_healthaide@scoe.org). Si desea más formularios por favor visite nuestro [página de salud](#).

Nombre de los participantes:				Fecha de asistencia:				Fecha de nacimiento:		Edad al participar en el campamento.	
Escuela / Programa:				Profesor:				Estatura:		Peso:	
Nombre del medicamento	Lo lleva con el mismo* (Sí / No) Epi-Pen/ Resc. Solo para inhalar	Dosis (mg, ml, tab)	Uso (Oral, Inhalador, para uso externo)	Horario					A diario o según sea necesario (En el campamento)	Síntomas	Posibles efectos secundarios
				Desayuno	Almuerzo	Cena	Hora de acostarse	Otro			
				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/> Diario <input type="checkbox"/> Según sea necesario		
				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/> Diario <input type="checkbox"/> Según sea necesario		
				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/> Diario <input type="checkbox"/> Según sea necesario		
				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/> Diario <input type="checkbox"/> Según sea necesario		

**INSTRUCCIONES DE USO**

- En el campamento todas las vitaminas, suplementos, pomadas medicinales, gotas para la tos, medicamentos de venta libre o recetados se consideran "medicamentos"
- Si no está en el envase original el medicamento no se dispensará.** Todos los medicamentos deben venir en su empaque original con la etiqueta de fabricación, el nombre de la farmacia y el nombre del participante
- La potencia del medicamento y la dosis deben aparecer en la etiqueta.
- Los medicamentos vencidos no pueden ser dispensados
- EL PADRE & EL PROVEEDOR DE SALUD HAN FIRMADO ESTE FORMULARIO**
- Junto al formulario los medicamentos están dentro de una bolsa de un galón sellada con cierre hermético.
- Adjunto a este formulario está la foto del participante.
- Cuando lleve consigo medicamentos, tenga una reserva en la oficina del programa (inhalador para el asma epinefrina u otras medicinas para casos de emergencia).


**SECCIÓN DEL PROVEEDOR DE SALUD (Firma o sello)**

Fecha: \_\_\_\_\_ Número de teléfono: \_\_\_\_\_

Nombre del proveedor de atención médica: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

Sello de aprobación del proveedor de atención médica:

 Firma del proveedor de atención médica \_\_\_\_\_

\* Mientras el participante se encuentra en Walden West y con la firma de su proveedor de atención médica, solicito que se le permita **AUTO-ADMINISTRARSE Y LLEVAR CONSIGO su inhalador para el asma / epi-pen, o manejar el solo su diabetes**. Si sufre alguna reacción adversa mientras se auto administra el medicamento o con el manejo de su diabetes, yo renuncio a hacer cualquier reclamo o queja como consecuencia de estos hechos. Estoy de acuerdo en que Walden West y sus empleados no incurrir en ninguna responsabilidad como resultado de cualquier lesión o daño personal que surja de la autoadministración de medicamentos o del manejo de la diabetes del participante.

**AUTORIZACIÓN DE LOS PADRES PARA DISPENSAR MEDICAMENTOS**

De acuerdo con la información anterior solicito que un empleado de Walden West le suministre medicamentos al participante. Entiendo que los medicamentos deben enviarse en el envase original. Tengo que notificar a Walden West si hay que suspender o cambiar la medicina. Entiendo que Walden West no está legalmente obligado a dispensar medicamentos al participante; por lo tanto, dejo a Walden West y a sus empleados libres de cualquier demanda que pueda surgir de estos acuerdos.

Nombre del padre o tutor legal: \_\_\_\_\_  Firma: \_\_\_\_\_ Teléfono # \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_