THORNTON DISTRITO 205

AUTORIZACIÓN DE ADMINISTAR MEDICAMENTOS

ESTUDIANTE  NOMBRE\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_FECHA DE NACIMINETO \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

DIRECCIÓN\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ TELÉFONO\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

ESCUELA-FACULTAD\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_AÑO \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

CONTACTO EN CASO DE EMERGENCIA NOMBRE Y NÚMERO DE TELÉFONO \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

I.              LOS PADRES Y/O TUTORES LEGALES DEL ESTUDIANTE TIENEN QUE COMPLETAR EL SIGUIENTE FORMULARIO

Como \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, padre o tutor de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, tengo la máxima responsabilidad de administrar medicamentos a mi hijo/a. Sin embargo, en caso de emergencia médica o si es necesario para proteger la salud y/o el bienestar de mi hijo, doy ​​toda mi autorización a Thornton Township High Schools District 205 (el "Distrito") para que sus empleados y agentes puedan administrar medicación con receta a mi hijo o para que permitan a mi hijo auto-administrar medicación con receta siempre que mi hijo/a esté bajo la supervisión de los empleados y agentes del Distrito. Al administrar el medicamento, se tiene que seguir los pasos descritos a continuación. Reconozco que puede ser necesario para administrar medicamentos a mi hijo y el tratamiento de la condición de mi hijo autorizar a otra persona, aparte de la enfermera de la escuela. Esta persona elegida debe consentir específicamente para administrar medicamentos y todo relacionado con la administración de medicamentos. Voy a notificar a la escuela, por escrito, si se discontinua la fabricación de dicho(s) medicamento(s) y obtener una orden escrita del médico si se cambia la dosis o el tratamiento con medicamentos. Entiendo que esta autorización de administrar medicamentos sólo es vigente durante el año escolar \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_. Hay que renovar esta autorización cada año escolar.

 Además, reconozco y acepto que, cuando se administran los medicamentos legalmente prescritos, renuncio el derecho de denunciar al Distrito y a sus empleados y agentes si se administran o coordinan la auto-administración de dichos medicamentos, aunque la autorización para la auto-administración de medicamentos pueda haber sido firmado por mí, el padre / tutor del estudiante, o por el médico de mi hijo, asistente médico o la enfermera de práctica avanzada. Además, acepto que no puedo ni culpar ni denunciar al Distrito, sus empleados y agentes, de forma conjunta o separada, para daños, lesiones, incluso los honorarios y costos de consultar a un abogado, incurridos o como resultado de la administración o la auto-administración de un medicamento legalmente prescrito cuyo uso está autorizado, a no ser que la denuncia tenga base en la mala conducta, intencional o no.

Firma del padre / tutor: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Firma del padre / tutor: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**II.              APARTADO QUE DEBE COMPLETAR EL MÉDICO AUTORIZADO DE ADMINISTRAR MEDICAMENTOS**

**(Si su hijo/a auto-administra medicamentos para tratar asma, consulte Sección III a continuación)**

Diagnóstico: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Nombre del medicamento: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Dosis: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Vía de administración: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Tiempo / Circunstancias cuando la medicación debe administrarse: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Efectos Secundarios: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Fecha de Prescripción: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Caduca: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

El estudiante auto-administra epinefrina: \_\_\_\_\_Si \_\_\_\_\_No. El estudiante anteriormente nombrado tiene una alergia potencialmente fatal que requiere la administración inmediata de epinefrina y atención médica cuanto antes. He determinado que es médicamente necesario que lleva consigo un auto-inyector de epinefrina. Se ha enseñado al estudiante las técnicas de la auto-administración del medicamento antes mencionado y es capaz de administrarlo de manera independiente. El estudiante entiende el propósito que tiene la medicación y su responsabilidad de notificar a un miembro del personal del Distrito y de la oficina de salud justo después de auto-administrar epinefrina.

El estudiante auto-administra medicamentos para diabetes: \_\_\_\_\_Si \_\_\_\_\_No. El estudiante tiene diabetes comprobado por diagnosis oficial. He determinado que es médicamente necesario que mi hijo/a posee medicamentos para diabetes, el equipo relacionado y los suministros necesarios para controlar y tratar a su condición diabética conforme con su su Plan para Diabetes. El estudiante entiende{/0} {0}el propósito que tiene el medicamento y su responsabilidad de notificar a un miembro del personal del Distrito y de la oficina de salud justo después de auto-administrarlo.  El estudiante debe informar al personal de la escuela si experimenta síntomas anormales.

Se me puede contactar llamando el siguiente número de teléfono en caso de emergencia:

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Número de teléfono y firma del médico

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Dirección y nombre del médico  Fecha

III.              PARA ESTUDIANTES QUE AUTO-ADMINISTRAN MEDICAMENTOS PARA ASMA

LOS PADRES Y/O TUTORES LEGALES DEL ESTUDIANTE TIENEN QUE COMPLETAR EL SIGUIENTE FORMULARIO

Diagnóstico: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Nombre del medicamento: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Dosis: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Vía de Administración: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Tiempo / Circunstancias cuando la medicación debe administrarse: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Efectos Secundarios: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Fecha de Prescripción: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Fecha Interrupción: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

El estudiante auto-administra medicación para asma: \_\_\_\_\_Si \_\_\_\_\_No. Se ha determinado que mi hijo/a tiene asma y se le ha proscrito medicamento para el asma por un profesional de la salud calificado. Autorizo a mi hijo llevar sus medicamentos para el asma y autorizo que auto-administrarse su / su medicación según lo prescrito por su / su médico. El médico de mi hijo ha comunicado las siguientes instrucciones a mi hijo para la auto-administración de su medicación y ha indicado que mi hijo es capaz de administrarla de manera independiente. El estudiante entiende el propósito que tiene el medicamento y su responsabilidad de notificar a un miembro del personal del Distrito y de la oficina de salud justo después de auto-administrarlo. He proporcionado la escuela un suministro adicional del dicho medicamento con una etiqueta que describe su uso en el caso de que él / ella se olvida de llevar su medicación para asma a la escuela.

Firma del padre / tutor: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Firma del padre / tutor: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_