School District 129
WEST AURORA • NORTH AURORA • MONTGOMERY • SUGAR GROVE

www.sd129.org

Dr. Jeff Craig
Superintendent of Schools

Administration Office
80 South River Street
P.O. Box 4430
Aurora, IL 60506

Phone: 630-301-5000

DISTRITO ESCOLAR DE WEST AURORA NO. 129

FORMULARIO ESCOLAR PARA LA AUTORIZACION DE LA MEDICACION PARA ADMINISTRAR LA MEDICACION REUQRIDA DURANTE LAS HORAS ESCOLARES

NOMBRE DEL ESTUDIANTE_____ CURSO: ____ BIRTHDATE:_____

DIRECCION: _____ TELEFONO:_____

CONTACTO DE EMERGENCIA Y NUMERO DE TELEFONO: _____

A SER COMPLETADO POR EL PADRE/MADRE/TUTOR

Yo _____ padre/madre/tutor de _____ declaro con autorización para el distrito escolar #129 de West Aurora, y sus empleados y agentes, que en mi favor y en mi lugar, para administrar a mi hijo/a el medicamento recetado legalmente de forma descrita a continuación. Reconozco que puede ser necesario Reconozco que puede que sea necesario que se le administre el medicamento a mi hijo/a por otro individuo que la enfermera de la escuela y doy consentimiento especifico para tales practicas. Traeré el medicamento a la oficina de la enfermera escolar en un contenedor debidamente etiquetado por la farmacia. Voy a notificar a la escuela por escrito si se suspende la medicación y obtendré una orden por escrito del medico si la dosis del medicamento ha cambiado. Entiendo que es la responsabilidad del estudiante informar a la oficina de la enfermera la hora programada para recibir el medicamento.

También se y estoy de acuerdo en que cuando el medicamento recetado se administre, renuncio cualquier reclamo que pueda tener en contra del distrito escolar, sus empleados y agentes, cuando surja de la administración del dicho medicamento. Además, estoy de acuerdo de indemnizar y mantener indemne al distrito escolar, sus empleados y agentes, ya sea conjunto o por separado, de y en contra cualquier y todo reclamo, daños, causas de acción o daños, incluyendo costes de abogados razonables y costes gastados en su defensa, incurridos o como resultado de la administración de dicho medicamento, con excepción de una reclamación basada en la conducta intencional o negligente.

Firma del padre/tutor: _____ Fecha: _____

A SER COMPLETADO POR EL MEDICO

Diagnostico:_____Nombre del Medicamento:_____

Dosis:_____ Ruta de la Administración: _____

Hora/Circunstancias de cuando el medicamento se ha de administrar: _____

Efectos secundarios: _____

Fecha de la receta: _____ Fecha de discontinuación: _____

Puedo ser contactado(a) al siguiente numero de teléfono en caso que haya una reacción con la medicina o una emergencia.

_____ _____

N. Teléfono del medico Firma del medico Fecha

_____ _____

Dirección del medico Escriba el nombre del medico Fecha