

Health Services

Nombre del estudiante: _____ Nombre del medicamento: _____

Según lo especifica la Política 5420 del Superintendente, hay pocas situaciones específicas y significativas en las cuales el proveedor de servicios de salud emitirá instrucciones escritas para que el estudiante lleve consigo medicamento de emergencia en todo momento, aún durante las horas de clases. **En tales casos se debe considerar la edad del estudiante y su habilidad para administrar su propio medicamento y para cumplir con la política del distrito con referencia a llevar consigo medicamentos en la escuela.**

LA SEGURIDAD Y PROTECCIÓN DE LOS ESTUDIANTES EN LA ESCUELA ES LO MÁS IMPORTANTE EN TODO MOMENTO; POR LO TANTO, HAY RESPONSABILIDADES QUE LA FAMILIA Y EL ESTUDIANTE TIENEN QUE ASUMIR CUANDO EL ESTUDIANTE LLEVA CONSIGO MEDICAMENTOS DE EMERGENCIA EN LA ESCUELA. Al firmar abajo, yo/nosotros acordamos regirnos por las condiciones de este plan y las provisiones de la Política 5420 del Superintendente. El padre/tutor exime al Adams 12 Five Star Schools, sus empleados, agentes, y voluntarios de cualquier y toda responsabilidad relacionada con la orden de administración de medicamento por el estudiante, excepto que el padre/tutor no renuncia a ninguna reclamación relacionada con la mala conducta intencional o maliciosa del Distrito, sus empleados, agentes y voluntarios.

ESTUDIANTE

Mantendré mi Epi-pen conmigo en la escuela en vez de guardarlo en la clínica de la escuela. No puedo dejarlo desatendido en ningún salón, pupitre de estudiante, o mochila (se puede hacer una excepción con los casilleros de Educación Física que tengan candados/seguros).

Acuerdo usar mi Epi-pen de manera responsable y de acuerdo con las órdenes de mi proveedor de servicios de salud.

Notificaré inmediatamente en la clínica de la escuela si uso mi Epi-pen.

NO PERMITIRÉ que ninguna otra persona (adulto o estudiante) use mi Epi-pen.

Firma del estudiante _____ Fecha _____

PADRE/TUTOR

Este contrato estará en efecto durante el año escolar actual a menos que sea revocado por el proveedor de servicios de salud o si el estudiante no cumple con las indicaciones de seguridad estipuladas arriba.

Acuerdo asegurar que mi hijo lleve su medicamento tal como ha sido recetado, que el dispositivo contiene medicamento, y que el medicamento no ha expirado.

Se me ha recomendado que proporcione a la clínica de la escuela un Epi-pen adicional para emergencias.

Acuerdo repasar regularmente el estado de salud de mi hijo con la enfermera licenciada del distrito, según sea necesario, para implementar este plan de tratamiento.

Firma del padre/tutor _____ Fecha _____

ENFERMERA DE LA ESCUELA

El estudiante mencionado arriba ha demostrado la técnica correcta para usar su Epi-pen y entiende las órdenes del proveedor de servicios de salud para el uso de Epi-pen en una emergencia.

Se ha notificado al personal de la escuela que necesita saber sobre la condición del estudiante y la necesidad de llevar el medicamento consigo.

Firma de la enfermera licenciada del distrito _____ Fecha _____

Health Services

Change Log

The change log tracks revisions to the document, who approved the changes and when. It also provides a history of changes.

Version	Description	Changed By	Date
1.0	First draft		
1.1	Update to comply with Document Control Policy		

Reviewed by	Version	Date
-------------	---------	------