



**PERMISO DEL PADRE/TUTOR LEGAL PARA QUE EL ESTUDIANTE LLEVE CONSIGO Y SE
AUTOADMINISTRE MEDICAMENTO EN LA ESCUELA
Y
ORDEN FIRMADA DEL RECETANTE AUTORIZADO**

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 en todo momento, aún durante las horas de clases. **Las consideraciones para llevar consigo el medicamento deben incluir 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 DURANTE EL DÍA ESCOLAR. 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.

CONTRATO PARA QUE EL ESTUDIANTE LLEVE CONSIGO Y SE AUTOADMINISTRE MEDICAMENTO

Este contrato es válido por 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 especificadas.

El proveedor de servicios de salud confirma que el estudiante ha recibido entrenado y es capaz de llevar consigo el medicamento y autoadministrarlo como ha sido indicado.

El proveedor de servicios de salud ha completado la orden apropiada para el medicamento.

Firma del **PROVEEDOR DE SERVICIOS DE SALUD:** _____ Fecha: _____

Mantendré mi medicamento 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 medicamento de manera responsable y de acuerdo con las órdenes de mi proveedor de servicios de salud.

Notificaré inmediatamente en la clínica de la escuela o a otro personal indicado si estoy teniendo dificultades y si mis síntomas no han mejorado.

NO PERMITIRÉ que ninguna otra persona (adulto o estudiante) use mi medicamento.

Firma del **ESTUDIANTE:** _____ Fecha: _____

Acuerdo asegurar que mi hijo lleve su medicamento tal como ha sido recetado, que el medicamento está en el envase apropiado si es sin receta o en un envase con etiqueta de la farmacia, que el medicamento no ha expirado.

Se me ha recomendado que proporcione a la clínica de la escuela medicamento adicional para uso en 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:** _____ Fecha: _____

El estudiante mencionado arriba ha demostrado la técnica correcta para usar el medicamento.

El estudiante mencionado arriba entiende las órdenes del proveedor de servicios de salud para el horario y las dosis para el medicamento recetado.

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: _____