

AUTORIZACION PARA AUTOMEDICACION

**Nota: De acuerdo con el estatuto de Kansas, nadie en el distrito de Shawnee Mission, ni sus empleados o agentes serán responsables de cualquier daño causado por la automedicación.**

1. Statement of medical provider

I, \_\_\_\_\_ state that \_\_\_\_\_  
Name of medical provider Name of student

has been instructed on self-administration of the medication below and is authorized to do so in school:

Name and purpose of the medication: \_\_\_\_\_

Prescribed dosage: \_\_\_\_\_

Time of regular administration of the medication (if any): \_\_\_\_\_

Other special circumstances for administration of the medication (if any): \_\_\_\_\_

Duration of prescription: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Signature of medical provider

2. Declaración de uno de los padres o tutor:

Yo, \_\_\_\_\_ declaro que soy padre/madre/tutor de  
Nombre del padre/madre/tutor

\_\_\_\_\_. Por la correspondiente autorizo que el estudiante  
Nombre del estudiante

mencionado arriba, pueda auto medicarse en la escuela, y entiendo que el estudiante ha sido instruido para auto medicarse con la prescripción identificada en la declaración del doctor. Entiendo que nadie en el distrito de Shawnee Mission, ni sus empleados o sus agentes serán responsables de cualquier daño causado por la automedicación. Además, estoy de acuerdo en damnificar al distrito de Shawnee Mission, sus empleados, y sus agentes por cualquier reclamo relacionado con la automedicación de tal prescripción, quedando ellos eximidos de cualquiera de tales reclamos.

\_\_\_\_\_  
Firma del Padre/madre/tutor

\_\_\_\_\_  
Fecha

Exhibit # 1

Adopted: 7-11-05