

***Solicitud para que se le permita al estudiante poseer y auto administrarse medicamentos***

Un estudiante puede poseer y auto administrarse medicamentos en caso de que sufra una enfermedad crónica u otra condición médica, solamente si el padre o tutor legal completa anualmente la forma de autorización, la cual también deberá ser llenada por el doctor del estudiante. Esta forma será válida solamente por un año escolar por lo tanto una nueva forma deberá ser llenada cada año escolar.

**Autorización del padre o tutor legal**

Yo soy el padre / tutor legal (circule uno) del estudiante mencionado en esta forma. Autorizo a las escuelas del Distrito Escolar del Municipio de Lawrence para que permita a que mi estudiante posea y se auto administre el medicamento listado a continuación mientras se encuentre en la propiedad de la escuela y en horas de escuela.

\_\_\_\_\_  
Nombre del estudiante (nombre impreso)

\_\_\_\_\_  
Nombre del medicamento

\_\_\_\_\_  
Propósito del medicamento

Escoja una... **en ambos casos se requerirá la firma del DOCTOR:** con receta médica\_\_\_ sin receta médica\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Firma del padre o tutor legal

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Nombre impreso del padre o tutor legal

\_\_\_\_\_  
Número de teléfono

**Declaración del doctor**

Yo soy un médico certificado. Yo proveo servicios médicos a \_\_\_\_\_ y he prescrito  
(nombre del estudiante)  
para este paciente el medicamento \_\_\_\_\_. Yo certifico que las siguientes razones con ciertas y correctas:

- A. Existe una condición médica aguda o crónica para la cual se prescribe el medicamento nombrado arriba
- B. Se le han dado instrucciones al estudiante arriba mencionado sobre como administrarse el medicamento; y
- C. La naturaleza de la enfermedad o condición médica requiere la administración del medicamento en caso de emergencia

\_\_\_\_\_  
Firma del doctor

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Nombre impreso del doctor

\_\_\_\_\_  
Número de teléfono

\_\_\_\_\_  
Dirección del doctor

**Declaración del estudiante**

Estoy de acuerdo en usar el medicamento listado en esta forma conforme a las políticas de la escuela. No compartiré este medicamento con otros estudiantes, lo tendré guardado en todo momento, y no lo utilizaré para ningún otro propósito que no haya sido indicado por mi doctor.

\_\_\_\_\_  
Nombre del estudiante

\_\_\_\_\_  
Fecha