

Autorización para Proveer Atención para Convulsiones por Parte de un Ayudante de Cuidado
Autorizado/Delegado, Reconocimiento de Responsabilidades y
Divulgación de Información de Atención Médica

Nombre del Estudiante: _____ **Grado:** _____
Escuela: _____

Ayudante de Cuidado Autorizado/Delegado

Según provisto por la *Ley Escolar Smart Sobre Episodios/Convulsiones de Epilepsia de Illinois, 105 ILCS 150/1 et seq.*, por la presente otorgo al Distrito Comunitario de Escuelas Secundarias 155 y sus empleados, tanto como a todos los Ayudantes de Cuidado Autorizados/Delegados nombrados en el Plan de Acción para Convulsiones de mi hijo o después designados por el Distrito, a proveer cuidado para convulsiones a mi hijo, consistente con el Plan de Acción para Convulsiones de mi hijo. Autorizo el desempeño de todos los deberes necesarios para asistir a mi hijo con el manejo de su cuidado de epilepsia en la escuela y actividades patrocinadas por la escuela de acuerdo con el Plan de Acción para Convulsiones de mi hijo.

Reconocimiento de Responsabilidades y Divulgación de Información

Reconozco que es mi responsabilidad de asegurarme que el Distrito Comunitario de Escuelas Secundarias 155 reciba la información más actualizada y completa sobre la epilepsia y el tratamiento de mi hijo, incluyendo proveer a la escuela de mi hijo con un Plan de Acción para Convulsiones detallando las instrucciones del proveedor de atención médica para manejar el manejo de la epilepsia del niño en la escuela, incluyendo las órdenes, cuidado de emergencia y medicamentos y otros métodos para administrar estos medicamentos. Además, doy consentimiento para divulgar la información sobre la epilepsia y el tratamiento de mi hijo por parte del/los proveedor(es) de atención médica identificados a continuación al Distrito Comunitario de Escuelas Secundarias 155. Doy mi consentimiento al Distrito para comunicar e intercambiar todos y cada uno de los expedientes del estudiante e información médica con el/los proveedor(es) de atención médica designados. Entiendo que el propósito de la divulgación es para planificación educacional y para proveer servicios consistente con el Plan de Acción para Convulsiones de mi hijo. Si no doy este consentimiento, el Distrito no intercambiará información con el/los proveedor(es) de atención médica de mi hijo, pero no sufriré ninguna otra consecuencia. Este consentimiento es válido por un año calendario a partir de la fecha que se establece a continuación y puede revocarse en cualquier momento por escrito. También entiendo que tengo derecho a inspeccionar, copiar y cuestionar la información que se divulgará de conformidad con este consentimiento. Además, entiendo que la información en el Plan de Acción para Convulsiones de mi hijo se divulgará a los empleados y funcionarios del Distrito apropiados que tengan responsabilidad o contacto con mi hijo y que puedan necesitar conocer esta información para la salud y seguridad de mi hijo.

Nombre Impreso del Proveedor de Atención Médica: _____

Número de Teléfono: _____ Número de Fax: _____
Email: _____

De conformidad con la *Ley Escolar Smart Sobre Episodios/Convulsiones de Epilepsia de Illinois*, (105 ILCS 150/45), reconozco y acepto que el Distrito Comunitario de Escuelas Secundarias 155 y sus empleados no son responsables de los daños civiles o de otro tipo como resultado de una conducta que sea intencional o descuido consciente por la seguridad de una persona o de su propiedad, relacionada con el cuidado de un estudiante con epilepsia.

Firma del Padre/Tutor: _____ Fecha: _____

El hecho de que un padre/tutor no complete este formulario no afecta la inmunidad civil otorgada al Distrito y a sus empleados por la Sección 45 de la Ley Escolar Smart Sobre Episodios/Convulsiones de Epilepsia (105 ILCS 150/45) por daños civiles o de otro tipo como resultado de una conducta que sea intencional o descuido consciente por la seguridad de una persona o de su propiedad, relacionada con el cuidado de un estudiante con epilepsia, o cualquier otra inmunidad o defensa a la que el Distrito y sus empleados tengan derecho.