

Autorización para Brindar Cuidado de la Diabetes por Parte de un Ayudante de  
Cuidado Autorizado/Delegado, Reconocimiento de Responsabilidades y  
Divulgación de Información de Atención Médica

---

**Nombre del Estudiante:** \_\_\_\_\_ **Grado:** \_\_\_\_\_

**Escuela:** \_\_\_\_\_

**Ayudantes de Cuidado Autorizados/Delegados**

Según provisto por la *Ley de Cuidado de Estudiantes con Diabetes de Illinois, 105 ILCS 145/1 et seq.*, por la presente autorizo al Distrito Comunitario de Escuelas Secundarias 155 y a sus empleados, así como a todos y cada uno de los Ayudantes de Cuidado Autorizados/Delegados nombrados en el Plan de Cuidado de la Diabetes de mi hijo o designado posteriormente por el Distrito, para brindar atención de la diabetes a mi hijo, de acuerdo con el Plan de Cuidado de la Diabetes del niño. Autorizo el desempeño de todos los deberes necesarios para ayudar a mi hijo con el manejo de su cuidado de la diabetes en la escuela y las actividades patrocinadas por la escuela de acuerdo con el Plan de Cuidado de la Diabetes de mi hijo.

**Reconocimiento de Responsabilidades y Divulgación de Información**

Reconozco que es mi responsabilidad asegurarme de que el Distrito Comunitario de Escuelas Secundarias 155 reciba la información más actualizada y completa sobre la diabetes y el tratamiento de mi hijo, lo que incluye proporcionar a la escuela de mi hijo con un Plan de Cuidado de la Diabetes que detalla las instrucciones del proveedor de atención médica para controlar el cuidado de la diabetes del niño en la escuela, incluyendo las órdenes, la atención de emergencia, los medicamentos y los métodos para administrar estos medicamentos. Además, doy mi consentimiento para la divulgación de información sobre la diabetes de mi hijo y el tratamiento por parte de los proveedores de atención médica de mi hijo identificados a continuación al Distrito Comunitario de Escuelas Secundarias 155. Otorgo mi consentimiento al Distrito para comunicar e intercambiar todos y cada uno de los registros e información médica con los proveedores de atención médica designados. Entiendo que el propósito de la divulgación es para la planificación educativa y para brindar servicios de acuerdo con el Plan de Cuidado de la Diabetes de mi hijo. Si no doy este consentimiento, el Distrito no intercambiará información con los proveedores 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 Cuidado de la Diabetes de mi hijo se divulgará a los

empleados y funcionarios del Distrito correspondientes que tengan responsabilidad o contacto con mi hijo y que puedan necesitar conocer esta información para la salud y seguridad de mi hijo.

Nombre del Proveedor de Atención médica (letra de imprenta):

---

Número de Teléfono:

Número de Fax:

---

Email:

---

De conformidad con la Sección 45 de *la Ley de Cuidado de Estudiantes con Diabetes (105 ILCS 145/45)*, 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 mala conducta sin sentido, relacionada con el cuidado de un estudiante con diabetes. Además, un estudiante al que se le permite autocontrolar su cuidado de la diabetes de conformidad con 105 ILCS 145/30, indemnizo y eximo de responsabilidad al Distrito Comunitario de Escuelas Secundarias 155 y a sus empleados y agentes contra cualquier reclamo, excepto un reclamo basado en una conducta que sea intencional o descuido consciente por la seguridad de una persona o de su propiedad, , que surge de la autoadministración de medicamentos por parte de mi hijo.

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 sus empleados por la Sección 45 de la Ley de Cuidado de Estudiantes con Diabetes (105 ILCS 145/45) 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 diabetes, o cualquier otra inmunidades o defensas a la que el Distrito y sus empleados tengan derecho.*

