

Autorización para que el alumno/la alumna lleve consigo medicamentos de emergencia o equipo tecnológico médico

_____, alumno/a de _____ School, necesita llevar consigo un medicamento de emergencia recetado y/o equipo tecnológico médico según se indica a continuación. El alumno mencionado/la alumna mencionada antes ha recibido instrucciones sobre cómo usar de manera adecuada el medicamento y equipo, y comprende por completo cómo administrarlo o realizar los procedimientos según lo ordenó su médico.

Marque uno:

¿Es capaz el alumno/a de administrar el medicamento o de realizar el procedimiento de manera independiente?

_____ Sí _____ No

Comentarios _____

Medicamento _____ Dosis e indicaciones/instrucciones _____

Equipo tecnológico médico _____

Firma del médico _____ Fecha _____

He recibido instrucciones sobre cómo usar adecuadamente mi medicamento y equipo, recetados y etiquetados, y comprendo por completo cómo administrarlos o realizar los procedimientos. No permitiré, bajo ninguna circunstancia, que otro alumno/a use mi medicamento y/o mi equipo tecnológico. También entiendo que en el caso de que otro alumno/a use mi medicamento recetado o equipo tecnológico, seré disciplinado de acuerdo con los procedimientos de disciplina escolares, que podrían resultar en que se revoque mi privilegio de administración del medicamento en el salón de clases. También acepto la responsabilidad de presentarme ante la enfermera escolar para mantenerla informada del uso de mi medicamento en el caso de que empiece a tener problemas.

Firma del alumno/a _____ Fecha _____

Por la presente, solicito que el alumno mencionado/la alumna mencionada anteriormente, de quien tengo custodia legal, pueda llevar consigo y usar en la escuela el medicamento recetado y/o el equipo tecnológico descritos antes. Acepto ser responsable legalmente en el caso de que el medicamento y/o el equipo tecnológico se pierda, sea dado o tomado por una persona que no sea el alumno/a nombrado/a arriba. Comprendo que, si esto pasa, mi hijo/a podría ser disciplinado/a, lo cual podría resultar en que se revoque el privilegio de administración en el salón de clases. Yo seré responsable de hacer chequeos de control de calidad de todos los dispositivos médicos usados en la escuela (p. ej., glucómetro, dispositivos de monitoreo continuo de la glucosa, etc.). Eximo al Distrito Escolar del Condado de Cherokee y a sus empleados de toda responsabilidad legal cuando el alumno mencionado/la alumna mencionada antes se administre su propio medicamento.

Firma del padre, madre o tutor legal _____ Date _____