



Spanish

Padre o guardián:

Ambas páginas de este formulario deben completarse antes de la administración de cualquier medicamento de acuerdo con la política del distrito y la orientación de la Junta de Educación del Estado de Illinois.

Todos los medicamentos proporcionados a la escuela deben ser:

- En su **envase original** de prescripción, etiquetado con el nombre del estudiante, médico que lo recetó, nombre del medicamento, dosis, vía, horario de administración y nombre de la farmacia Q
- En el paquete **original del fabricante**, si es un medicamento sin receta.
- El padre/tutor u otro **adulto responsable debe llevar cualquier medicamento a la oficina de salud de la escuela.**
- Los medicamentos **no pueden** estar vencidos.

El nombre del estudiante: _____ Fecha de Nacimiento: _____

Ser completado por el médico:

Solo se administrarán los medicamentos recetados por un médico y que sean absolutamente necesarios para la salud crítica y el bienestar del estudiante. Indique si este medicamento debe tomarse durante la jornada escolar. **Sí** **No**

Medicamento: _____ Dosis: _____

Intenerario: _____ Frecuencia: _____ Programado PRN

Instrucción específicos adicionales: _____

Diagnóstico/Indicación/Efecto previsto: _____

Posibles efectos secundarios: _____

Otros medicamentos El estudiante está tomando: _____

Duración de la orden: año escolar actual u otro: (especifique la duración) _____

Medicamentos de emergencia: Epinefrina o inhalador: (el MD/PA/NP debe poner sus iniciales a continuación):

_____ **El estudiante puede llevar o autoadministrarse su medicamento de emergencia.**

He instruido al estudiante sobre la administración de este medicamento y descubro que puede administrar este medicamento de forma independiente. (Se recomienda que los medicamentos de "respaldo" se almacenen en la oficina de salud de la escuela).

Prescriptor autorizado:

Nombre del prescriptor: _____ Número de teléfono: _____
(de molde)

Firma: _____ Fecha de pedido: _____



Autorización de padres/tutores para medicamentos escolares

Nombre del Estudiante: _____ **Grado:** _____ **Año Escolar Yr:** _____

Al firmar a continuación, acepto que soy el principal responsable de administrar los medicamentos a mi hijo. Sin embargo, en caso de que no pueda hacerlo o en caso de una emergencia médica, por la presente autorizo al Distrito Escolar 34 de Glenview y a sus empleados y agentes, en mi nombre, a administrar o intentar administrar a mi hijo (o permitir que mi hijo se autoadministre de conformidad con la ley estatal, bajo la supervisión de los empleados y agentes del Distrito Escolar), medicamentos prescritos legalmente de la manera descrita anteriormente. Esto incluye la administración de inyectores de epinefrina no designados, albuterol o antagonistas de opioides a mi hijo cuando existe la creencia de buena fe de que mi hijo está teniendo una reacción anafiláctica, un ataque de asma o una sobredosis de opioides, ya sea que conozca o no dichas reacciones. 105 ILCS 5/22-30, enmendado por P.A.s 99-480 y 100-726 y 100-799 eff 1-1-19. Reconozco que puede ser necesario que la administración de medicamentos a mi hijo sea realizada por una persona que no sea una enfermera escolar certificada y registrada, y doy mi consentimiento específico para tales prácticas, y.

Acepto indemnizar y eximir de responsabilidad al Distrito 34, a los miembros y sus empleados y agentes contra cualquier reclamo, excepto un reclamo basado en una conducta deliberada y sin sentido, que surja de la administración o la autoadministración del medicamento por parte del niño.

En caso de que se administre un autoinyector de epinefrina a mi hijo, reconozco y comprendo que el personal del distrito escolar llamará al 9-1-1 para alertar a los servicios de emergencia.

Estoy de acuerdo en notificar a la escuela de cualquier cambio en la medicación para la condición de mi hijo.

Entiendo que tendré que recoger las dosis no utilizadas del medicamento al final del año escolar. Los medicamentos no utilizados no se enviarán a casa con mi hijo y se destruirán si no se recogen antes del último día de clases.

Firma del Padre/tutor: _____ Fecha: _____
Número de contacto(s): _____

Acuerdo de padre/tutor que autoriza el autotransporte/autoadministración de medicamentos para el asma o autoinyector de epinefrina
Antes de que a su hijo se le permita llevar o autoadministrarse medicamentos, debemos pedirle que firme a continuación:

Estoy de acuerdo con la declaración del proveedor anterior y, por lo tanto, autorizo al Distrito 34 de Glenview y a sus empleados y agentes a permitir que mi hijo lleve y/o se autoadministre el medicamento mencionado anteriormente (1) en la escuela, (2) mientras está en una actividad patrocinada por la escuela, (3) mientras está bajo la supervisión del personal de la escuela, o (4) durante antes o después de las actividades escolares normales, como durante el cuidado antes o después de la escuela en la propiedad operada por la escuela. La ley de Illinois requiere que el distrito escolar informe a los padres/tutores que ni él ni sus empleados y agentes incurrir en ninguna responsabilidad, excepto por conducta deliberada y desenfrenada, como resultado de cualquier lesión que surja del autotransporte de un estudiante. y autoadministración de medicamentos para el asma o autoinyector de epinefrina (105 ILCS 5/22-30, modificado por P.A.s 99-480 y 100-726 y 100-799 en vigor el 1-1-19)

El permiso para la autoadministración de medicamentos es efectivo para el año escolar en el que se otorga y se renovará cada año escolar posterior al cumplimiento de los requisitos descritos anteriormente. Recomendamos que proporcione una dosis adicional del medicamento que se mantendrá en la escuela en caso de que su hijo olvide o pierda su medicamento.

Su firma a continuación indica la recepción de la información anterior, así como la autorización para que su hijo lleve consigo y use su medicamento para el asma o el autoinyector de epinefrina.

Firma del Padre / Tutor: _____ Fecha _____
Testigo: _____ Fecha _____

El estudiante debe completar la siguiente sección (para llevar):

Estoy de acuerdo con:

1. Demostrar el uso correcto del inhalador o el autoinyector de epinefrina con un entrenador al personal de la oficina de salud de la escuela
2. Nunca compartir mi medicamento con otra persona
3. Notificar a un adulto responsable si no hay mejoría en mi respiración después de usar mi inhalador O
4. Notificar inmediatamente a un adulto responsable si uso mi autoinyector de epinefrina.

Firma del Estudiante _____ Fecha _____