

Distrito Escolar de Mamaroneck

Permiso del Padre/Tutor para designar

otro adulto quien administre medicamento

A ser completado por el Padre/Tutor:

Por la presente autorizo a _____
(Nombre del (de la) designado(a) – familiar, amigo(a) o miembro de casa)

para que haga lo siguiente respecto a mi(s) hijo(a)/hijos(as): _____

Padre inicialice cada actividad deseada:

_____ Administre cualquier medicamento, comida/bebida necesario(a) de acuerdo a mis instrucciones;

_____ Opere todos los dispositivos médicos requeridos por mi(s) hijo(a)/hijos(as);

_____ Desconecte/cambie/limpie/reemplace todos los dispositivos médicos cuando sea requerido;

_____ Cambie de ropa / limpie al (a la) niño(a)

He educado, instruido y entrenado apropiadamente a mi persona designada respecto a lo que se requiere en relación al cuidado médico de mi(s) hijo(a)/hijos(as). Actuará de acuerdo a mi instrucción, la cual será proveída directamente por mí sin involucrar al personal médico escolar.

He proveído todos los suministros y medicamentos requeridos directamente a mi persona designada sin involucramiento ni facilitación de parte del personal médico escolar.

Reconozco que el Distrito Escolar de Mamaroneck, el personal pertinente (incluyendo pero no limitado a; Administración, Empleados(as) médicos(as), Maestros(as) y Empleados(as) de apoyo) será exculpado(a) de toda responsabilidad relacionada con las acciones tomadas por mi(s) persona(s) designada(s) como está contemplado en este documento.

Este permiso será efectivo por todo este año escolar, a menos que sea modificado por mí por escrito.

Nombre del Padre/Tutor: _____

Firma del Padre/Tutor: _____

Fecha: _____