



# SERVICIOS DE SALUD Y BIENESTAR

1200 South Barr Street · Fort Wayne, IN 46802 · Teléfono: 260.467.1080 · Fax: 260.467.2862

## Permiso para llevar medicamentos de emergencia 2023-24

*Se necesita un permiso para que los estudiantes puedan tener y tomar medicamentos en la escuela o en las actividades relacionadas con la escuela. Los medicamentos **deben** encontrarse en su envase original con la etiqueta de instrucciones. Este formulario debe completarlo el médico.*

Estudiante: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_  
Escuela: \_\_\_\_\_ Grado escolar: \_\_\_\_\_

Enfermedad (diagnóstico): \_\_\_\_\_

Tratamiento (marque todos los que sean pertinentes)

Inhalador (nombre) \_\_\_\_\_  
 Epi Pen                       Twinject®                       difenhidramina  
 Otro (explicar) \_\_\_\_\_

Instrucciones de tratamiento específicas:  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Afirmo lo siguiente:

|                          | SÍ | NO |   |
|--------------------------|----|----|---|
| <input type="checkbox"/> |    |    | El menor recibió capacitación sobre el uso adecuado del Epi-Pen, inhalador o medicamento  |
| <input type="checkbox"/> |    |    | El menor demuestra el uso apropiado del Epi-Pen, inhalador o medicamento  |
| <input type="checkbox"/> |    |    | Reconoce y entiende el momento adecuado y recetado de usar el medicamento   |
| <input type="checkbox"/> |    |    | No compartirá el medicamento con otros  |
| <input type="checkbox"/> |    |    | Accede a venir a la clínica para ser evaluado después de usar el inhalador/medicamento de emergencia  |
| <input type="checkbox"/> |    |    | Solicito que se permita a mi hijo llevar y autoadministrarse el medicamento arriba nombrado durante el horario escolar y las actividades escolares. |

### PRECAUCIONES/REACCIONES ADVERSAS POSIBLES E INTERVENCIONES RECOMENDADAS (USE EL OTRO LADO PARA DAR UNA EXPLICACIÓN)

- En mi opinión, el menor tiene la habilidad de llevar y autoadministrarse el medicamento de arriba
- El progenitor/tutor legal proveerá medicamento de emergencia adicional (indicado arriba) para que se guarde en la clínica de la escuela en caso de que el menor no lo lleve consigo.

*Las enfermeras escolares aceptarán la solicitud del progenitor y la declaración del médico. Permitirán y ayudarán al estudiante a ser responsable, pero se reservan el derecho a revocar el privilegio si el estudiante da señales de comportamiento irresponsable o si existe un riesgo para la seguridad. En dicho caso, se pondrán en contacto con el progenitor lo antes posible. La junta de FWCS y sus empleados y agentes no incurrirán en responsabilidad legal alguna, excepto por conducta intencional y temeraria, como resultado de cualquier lesión derivada de la autoadministración de medicamentos por parte del estudiante fuera de la supervisión de la RN.*

\_\_\_\_\_  
Firma del médico                                      Nombre en letras de imprenta                                      Teléfono                                      Fecha

\_\_\_\_\_  
Firma del padre, madre o tutor legal                                      Firma del estudiante                                      Teléfono                                      Fecha

CONTINÚA AL REVERSO



SERVICIOS DE SALUD Y BIENESTAR

1200 South Barr Street · Fort Wayne, IN 46802 · Teléfono: 260.467.1080 · Fax: 260.467.2862

# Permiso para llevar medicamentos de emergencia 2023-24

## *Precauciones/reacciones adversas posibles e intervenciones recomendadas*

Inhalador de emergencia: \_\_\_\_\_

---

---

Epi-Pen: \_\_\_\_\_

---

---

Medicamento (especificar)

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---