



Administración de Medicamentos Recetados y/o No Recetados

(Nota: Esto es para medicamentos sin receta que no están cubiertos por las Órdenes Permanentes Médicas de UASD)

Aunque el distrito escolar recomienda enfáticamente que se administren medicamentos a los estudiantes en el hogar, se sabe que la salud de algunos niños requiere que reciban medicamentos mientras están en la escuela. Para que su estudiante reciba medicamentos en la escuela, debe completar este formulario y devolverlo a la enfermera de la escuela para su aprobación.

Nombre del estudiante: _____ Fecha de nacimiento: _____

Escuela: _____ Grado/Maestro(a): _____ Año escolar: _____

Esta sección debe ser completada por un médico, una enfermera practicante registrada certificada o un asistente médico.

Medication Information

Nombre del Medicamento(s): _____

Dosis de medicamento(s): _____ Frecuencia: _____

Diagnóstico (Motivo de la administración del medicamento): _____

Otros medicamentos que se están tomando actualmente: _____

Nombre del proveedor médico: _____ Teléfono: _____

Firma del proveedor médico: _____ Número de fax: _____

Esta sección es OBLIGATORIA para que el estudiante lleve y se auto administre un inhalador o EpiPen, según sea necesario.

Solicito que a este estudiante se le permita llevar y autoadministrarse su inhalador para el asma/EpiPen (marque todo lo que corresponda). ☐ Sí ☐ No

Como proveedor de atención médica de este estudiante, verifico que se le ha enseñado el uso adecuado de su inhalador/EpiPen, tiene un conocimiento adecuado del asma/anafilaxia y cómo controlarla, y se cree que es lo suficientemente responsable como para llevar su inhalador/EpiPen. y utilícelo correctamente sin supervisión.

Firma del proveedor médico: _____ Fecha: _____

Esta sección debe ser completada por el(los) padre(s)/tutor(es)

Doy permiso a la enfermera de la escuela u otras personas supervisadas por la enfermera de la escuela para administrar medicamentos al estudiante mencionado anteriormente de acuerdo con las instrucciones del proveedor médico y comunicarme con el médico mencionado anteriormente con respecto a este medicamento/tratamiento. Entiendo que el personal de la escuela hará todo lo posible para administrar el medicamento de manera oportuna. Entiendo que este medicamento debe entregarse a la escuela de acuerdo con la política del distrito.

Firma del Padre / Guardián: _____ Fecha: _____

Firma del Padre / Guardián: _____ Fecha: _____

Para inhalador y/o EpiPen ÚNICAMENTE: Doy permiso para que mi hijo lleve consigo y se auto administre su inhalador para el asma/EpiPen recetado (encierra en un círculo todo lo que corresponda). ☐ Sí ☐ No

Firma del Padre / Guardián: _____ Fecha: _____

Firma del Padre / Guardián: _____ Fecha: _____

Esta sección debe ser completada por el estudiante

Acepto ser el único responsable de mi inhalador para el asma y/o EpiPen (cualquiera que sea aplicable) y seguir las instrucciones de uso ordenadas por mi médico, enfermera practicante registrada certificada o un asistente médico, así como la política de medicamentos del distrito. Soy consciente de que cualquier abuso de este privilegio resultará en la confiscación de mi inhalador y/o EpiPen.

Firma del alumno: _____ Fecha: _____

**Liberación de Responsabilidad y Renuncia de Derechos de los Padres o Guardianes
con respecto a la Administración de Medicamentos y Tratamiento Médico
al Estudiante por el Distrito Escolar**

Nosotros (yo), _____ y _____,

los padres o guardianes de _____,

un estudiante que asiste al distrito escolar de Upper Adams, Biglerville, Pensilvania, solicita por la presente que el distrito escolar administre al estudiante el medicamento y/o los procedimientos médicos, las inyecciones, los tratamientos o el curso de atención enumerados en la receta médica adjunta o el plan de tratamiento firmado por el médico del estudiante.

Al hacer esta solicitud, nosotros (yo) reconocemos que el distrito escolar no tiene la obligación de otorgar la solicitud y, una vez otorgada la solicitud, es posible que en el futuro decida dejar de cumplir con la solicitud luego de que se nos notifique (a mí) esta decisión.

En consideración a que el distrito escolar conceda esta solicitud, nosotros (yo), para nosotros (yo mismo), el estudiante, todos nuestros y sus representantes personales y cesionarios, renunciamos, liberamos, descargamos y exoneramos expresamente, y nosotros (yo) además acepta eximir de responsabilidad e indemnizar al distrito escolar, sus empleados, funcionarios, administradores, directores, maestros, agentes, empleados, sirvientes y voluntarios, de y en contra de todos y cada uno de los reclamos, demandas, acciones y causas de acción de cualquier tipo, ya sea civil o en equidad, incluida la responsabilidad de un tercero o del demandado adicional, por cualquier pérdida que nosotros (yo) o el estudiante podamos sufrir, o por cualquier lesión o enfermedad o agravamiento de cualquier condición médica cualquier cosa que el estudiante pueda sufrir o sostener como resultado de la administración, o falta de administración al estudiante de los medicamentos y/o procedimientos médicos, inyecciones, tratamientos o curso de cuidado solicitado.

Nosotros (yo) hemos leído y entendemos este comunicado y renuncia.

Con la intención de estar legalmente obligados por el presente, hemos (yo) firmado y ejecutado este Liberación de Responsabilidad y Renuncia en este _____ día de _____, _____.
(día) (mes) (año)

Firma del Padre / Guardián: _____ Teléfono durante el día: _____

Firma del Padre / Guardián: _____ Teléfono durante el día: _____