

EstudiantesExhibe-Formulario de Autorización para la Administración de Medicamentos en la Escuela

Esta forma debe ser completada por los padres/tutores del estudiante. Una nueva forma debe ser completada cada año escolar. Esta forma debe ser archivada en la Oficina de la Enfermera Escolar o en la ausencia de una Enfermera Escolar en la Oficina Principal.

Nombre del Estudiante: _____ Fecha de Nacimiento: _____

Dirección: _____

Número de Teléfono de la Casa: _____ Número de Teléfono en caso de Emergencia: _____

Escuela: _____ Grado: _____ Maestro: _____

Esta sección debe ser completada por los doctores, médicos o por la enfermera con post-gradó:

Nombre del doctor: _____

Dirección de la oficina: _____

Número de Teléfono de la oficina: _____ Número de Teléfono de Emergencia: _____

Nombre de los Medicamentos: _____

Motivo: _____

Dosis: _____ Frecuencia: _____

Hora en que el medicamento debe ser administrado o bajo que circunstancias: _____

Fecha de la prescripción: _____ Fecha de la Orden: _____ Fecha de Vencimiento: _____

Diagnóstico que requiere del medicamento: _____

¿Es necesaria la administración de este medicamento durante el horario escolar? Sí No

Efectos secundarios posibles, si existe alguno: _____

¿Cuándo debe ser re-evaluado? _____

Algún otro medicamento que el estudiante esta recibiendo: _____

Firma del Doctor

Fecha

Solamente para los padres/tutores de estudiantes quienes deben de cargar consigo mismo un Autoinyector de Epinefrina (EpiPen) o medicamento para el Asma:

Yo autorizo al Distrito Escolar, sus empleados y agentes; el permitirle a mi hijo, el poseer y el uso de medicamentos para el asma y/o el autoinyector de epinefrina: (1) durante el horario escolar, (2) antes o después de actividades escolares, (3) durante la supervisión del personal escolar, o (4) antes o después de las actividades escolares regulares, como lo son las actividades/eventos que se llevan a cabo en la propiedad escolar antes y después del horario escolar. Las leyes de Illinois requieren que el Distrito Escolar informe a los padres/tutores que el distrito, empleados y agentes asumen no responsabilidad, excepto por la deliberada y conducta sin sentido, resultando en un daño por el resultado de la autoadministración de medicamentos o autoinyector de Epinefrina por el estudiante (105 ILCS 5/22-30). Si ustedes están de acuerdo favor de escribir sus iniciales:

Firma de los Padres/Tutores

Para todos los padres/tutores:

Al firmar esta forma, yo estoy de acuerdo que soy responsable primordialmente de la administración de los medicamentos a mi hijo. Sin embargo, en caso de que yo no pueda hacerlo o en una emergencia; yo declaro el permiso para que el Distrito Escolar, sus empleados y agentes, administren o intente administrarle el medicamento a mi hijo por mi (o el permitirle a mi hijo que se autoadministre, bajo la supervisión del personal y/o agentes del Distrito Escolar), la prescripción legal de medicamento en la manera descrita con anterioridad. Yo reconozco que tal vez sea necesario que el medicamento sea administrado a mi hijo por otra persona que no sea la enfermera escolar y yo especifico mi consentimiento a esta practica y yo estoy de acuerdo a indemnizar y mantener indemne al Distrito Escolar, a sus empleados y agentes en contra de cualquier reclamo, excepto por la deliberada o conducta sin sentido que resulte por la administración o autoadministración del medicamento.

Favor de imprimir su nombre Padres/Tutores

Favor de imprimir su nombre Padres/Tutores

Firma de los Padres/Tutores*

Fecha

Firma de los Padres/Tutores*

Fecha

*Se requiere, si es posible la firma de ambos padres/tutores.

Adoptado: Agosto del 2009

Translated by the ELL Dept. LA. 02/03/2012