

**Distrito Escolar 47 de Crystal Lake**  
**FORMULARIO DE AUTORIZACIÓN DE MEDICAMENTOS - CANNABIS MEDICINAL**

Un nuevo formulario **tiene** que ser completado cada año escolar.

*Para ser completado por el padre(s)/tutor(es) del estudiante.. Un nuevo formulario tiene que ser completado cada año escolar. Mantener en la oficina de la enfermera escolar o, en el caso de que no haya una enfermera escolar, en la oficina del director de la escuela.*

Nombre del Estudiante \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

Teléfono de Casa: \_\_\_\_\_ Teléfono Móvil: \_\_\_\_\_

Teléfono de Emergencia: \_\_\_\_\_ Escuela: \_\_\_\_\_

Grado \_\_\_\_\_ Maestro(a): \_\_\_\_\_

*Para ser completado por el médico del estudiante, asistente médico con autoridad de dar recetas médicas, o enfermera diplomada (RN) de práctica avanzada con autoridad de dar recetas médicas.*

Nombre impreso de la persona recetando el medicamento:

\_\_\_\_\_

Dirección de la oficina: \_\_\_\_\_

Teléfono de la oficina: \_\_\_\_\_ Teléfono de emergencia: \_\_\_\_\_

Nombre del medicamento: \_\_\_\_\_

Propósito: \_\_\_\_\_

Dosis: \_\_\_\_\_ Frecuencia: \_\_\_\_\_

La tarjeta de identificación del registro IDPH del estudiante es válida [insertar fechas]:

\_\_\_\_\_

La tarjeta de identificación del registro IDPH del cuidador designado es válida [insertar fechas]:

\_\_\_\_\_

*Adjuntar copias de ambas tarjetas de identificación*

Hora en la que el medicamento tiene que ser administrado o bajo qué circunstancias:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Fecha de la receta médica: \_\_\_\_\_ Fecha que se ordenó : \_\_\_\_\_

Fecha de discontinuación: \_\_\_\_\_

El diagnóstico que requiere el medicamento: \_\_\_\_\_

¿Es necesario que éste medicamento sea administrado durante el día escolar?    Si    No

**Distrito Escolar 47 de Crystal Lake**  
**FORMULARIO DE AUTORIZACIÓN DE MEDICAMENTOS - CANNABIS MEDICINAL**  
Un nuevo formulario **tiene** que ser completado cada año escolar.

Efectos secundarios esperados, si es que hay alguno: \_\_\_\_\_

Intervalo de tiempo para la reevaluación: \_\_\_\_\_

Alergias conocidas \_\_\_\_\_

Otros medicamentos que el estudiante está tomando: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Firma de la persona recetando el medicamento

\_\_\_\_\_  
Fecha

**Al firmar a continuación, reconozco, entiendo y acepto lo siguiente:**

1. La única persona(s) que puede poseer y administrar cannabis medicinal a mi hijo en la escuela o en el autobús escolar es su cuidador designado registrado tal como lo identifica el departamento de Salud Pública de Illinois (IDPH por sus siglas en inglés).
2. Tanto mi hijo como su cuidador designado registrado poseen tarjetas de identificación de registro válidas emitidas por el Departamento de Salud Pública, copias de las cuales proporcionaré/proporcionaré al Distrito.
3. Luego de administrar el cannabis medicinal a mi hijo, el cuidador designado deberá retirar inmediatamente el producto de las instalaciones de la escuela o el autobús escolar.
4. El cuidador designado no puede administrar un producto infundido con cannabis medicinal de una manera que, en la opinión del distrito o la escuela, cree una interrupción en el ambiente educativo escolar o cause exposición del producto a otros alumnos.
5. Los niños menores de 18 años no pueden fumar o vapear cannabis medicinal. Los productos infundidos con cannabis medicinal incluyen aceites, pomadas, alimentos y otros productos que contienen cannabis utilizable pero que no se fuman ni se vapean.
6. El distrito se reserva el derecho de restringir o dejar de permitir la administración de cannabis medicinal a mi hijo si como resultado de ello el distrito o la escuela fueran a perder los fondos federales.
7. Estoy de acuerdo en indemnizar y librar de responsabilidad al distrito escolar y sus empleados y agentes contra cualquier reclamo, excepto reclamos basados en una conducta intencional y arbitraria que resulten de la administración de cannabis medicinal que autorizo por mi firma abajo.

**Nombre impreso del Padre/Tutor** \_\_\_\_\_

**Dirección (si es diferente a la del estudiante en la parte superior):**  
\_\_\_\_\_

**Teléfono de casa:** \_\_\_\_\_ **Teléfono móvil:** \_\_\_\_\_

**Teléfono de emergencia:** \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
**Firma del Padre/Tutor**

\_\_\_\_\_  
**Fecha**