



FORMULARIO III

AUTORIZACIÓN Y RELEVO DE RESPONSABILIDAD

(para ser completado por el padre, madre o encargado)

(SOLAMENTE SI EL MÉDICO CERTIFICA QUE EL ESTUDIANTE **PUEDA** ADMINISTRARSE POR CUENTA PROPIA LOS MEDICAMENTOS DE ASMA)

Yo, _____, (padre ____, madre ____, tutor/a ____, o encargado/a)
nombre (letra de molde)
autorizo a mi hijo(a) _____, estudiante de ____ años, quien
nombre de estudiante (letra de molde)
actualmente está matriculado (a) en _____ (escuela pública ____ o institución
(nombre de la escuela (letra de molde)
privada____) del distrito escolar _____ donde cursa el _____ grado, a ejercer su derecho a administrarse por cuenta propia sus medicamentos de asma, según lo establece la Ley Núm. 56 de 1 de febrero de 2006, según enmendada.

(Iniciar todas las siguientes premisas):

____ Entiendo que la escuela no se hace responsable de los resultados negativos al estudiante durante la administración por cuenta propia, o la no administración, de los medicamentos de asma aprobada por su médico para tratar su asma.

____ Reconozco que el Distrito y sus escuelas, empleados y agentes estarán exentos de responsabilidad civil por actos u omisiones bajo la Ley 56-2006, según enmendada, excepto por actos criminales, maldad intencional, negligencia grave o mala conducta premeditada.

____ Tengo conocimiento que este permiso de poseer y administrarse por cuenta propia sus medicamentos de asma durante el horario escolar regular y extendido puede ser revocado por el (la) principal de la escuela o encargado escolar si éste determina que el estudiante no se está administrando adecuadamente o no está haciendo buen uso de los medicamentos (distribución o venta).

____ Tengo conocimiento de que los documentos requeridos para que el estudiante se administre por cuenta propia los medicamentos de asma deben renovarse anualmente y cada vez que el plan de tratamiento del estudiante cambie.

____ Me comprometo a informar inmediatamente a la escuela si cambio mi número de teléfono y a ofrecer números de teléfono alternos si tengo disponibles para que me informen en caso de una emergencia con el (la) estudiante.

____ Tengo conocimiento que esta autorización y relevo de responsabilidad para el Departamento de Educación, institución privada, el personal escolar y el Departamento de Salud, cubre al estudiante durante el horario escolar regular y extendido cuando esté participando en actividades educativas fuera del plantel escolar, según se establece en el Plan de Acción para Continuidad de Tratamiento Médico durante el Horario Escolar para los Estudiantes con la Condición de Asma.

Nombre del padre, madre, tutor(a), o encargado(a): _____
(letra de molde)

Firma del padre, madre, tutor(a), o encargado(a): _____

Fecha (día/mes/año): ____/____/____

Recibido por: Director de escuela o representante autorizado: _____
(letra de molde)

Firma del Director de escuela o representante autorizado: _____

Fecha (día/mes/año): ____/____/____

Este documento debe renovarse anualmente.

Original: Expediente del estudiante en la escuela. Copia: Padre, madre, tutor o encargado.