



# Permiso Estudiantil para Auto Vigilar/ Auto medicarse JLCD-E3

Nombre: \_\_\_\_\_ F. de Nac. \_\_\_\_\_ Escuela: \_\_\_\_\_ Grado: \_\_\_\_\_ Maestro: \_\_\_\_\_

Sección abajo debe ser completada por un medico		
Medicamento:	Dosis:	Via:
Hora de aplicación del medicamento (si es necesario):	Proposito del Medicamento:	Alergias:
Posibles efectos colaterales:	Condicion Medica:	ICD-10:
<i>Este estudiante ha sido entrenado y es capaz de auto vigilarse o auto administrar medicamento, y el estudiante y padres están conscientes del riesgo de sobre dosis y usar medicamento de otro estudiante que no han sido recetados para el estudiante.</i>		



\_\_\_\_\_

**Firma del Medico**

\_\_\_\_\_

**Fecha**



\_\_\_\_\_

**Imprima nombre del medico**

Telefono de oficina:	Numero de Fax de oficina:
<b>Sección abajo debe ser completada por padreo tutor y estudiante</b>	

Yo autorizo que mi niño/a es competente de auto medicarse o auto vigilarse como se indica arriba en cualquier área de la escuela o áreas escolare, en cualquier actividad escolar en tránsito y eventos escolares, y antes o después de actividades escolares en propiedad escolar. Yo autorizo a que la enfermera escolar entrene a personal no médico a asistir con la medicación/procedimiento si es necesario. Un récord de entrenados será archivado con la enfermera escolar. Yo autorizo a la enfermera escolar a o administrador escolar a comunicarse con el medico nombrado arriba, la farmacia que lleno la receta y/o sus empleados asignados para discutir este medicamento y/o procedimiento y la salud de mi niño/a. Yo entiendo que mi niño/a debe mantener sus medicamentos en sus recipientes provistos por la farmacia que lleno la receta o el medico de mi niño/a. El recipiente debe tener el nombre de mi niño/a nombre y dosis del medicamento, e instrucciones de uso correcto. Yo tambien entiendo que mi es mi responsabilidad proveer la medicación/ suministros que mi niño/a necesite en la escuela o eventos escolares. Yo entiendo que mi niño/a perderá los privilegios de auto medicarse o auto vigilarse si el/la se pone en peligro o a otro estudiante por mal uso del/los medicamento(s) . Yo tambien para que este "permiso para auto medicarse o auto vigilarse " se aplique si yo transfiero a mi niño/a a otra escuela en el mismo distrito escolar durante el mismo año escolar. Yo entiendo que el permiso será otorgado por un año siempre y cuando los requisitos en el reglamento del Distrito JLCD y regla administrativa JLCD-R y que los requisitos aquí indicados sean cumplidos. Su estudiante puede calificar para un Plan de salud Individual (IHP). La enfermera escolar escribirá este plan para su estudiante basado en estas órdenes. Si usted no desea que su estudiante tenga un IHP, por favor comuníquese con la enfermera escolar de su nino/a. **Si su estudiante viaja en el transporte escolar usted desea que el conductor sea entrenado en este medicamento, por favor comuníquese con la enfermera escolar de su niño/a on, para hacer arreglos**

Fecha: \_\_\_\_\_ Firma del Padre/Tutor : \_\_\_\_\_

Yo entiendo mi responsabilidad al auto vigilarme o auto administrar el medicamento prescrito arriba o equipo de monitoreo. Además, yo entiendo que el medicamento o equipo de monitoreo debe de permanecer conmigo en todo momento y no debe ser compartido con otro estudiante en ningún momento.

Fecha: \_\_\_\_\_ Firma del Estudiante \_\_\_\_\_



### **Liberación y Compensación**

Yo no sujetare al distrito escolar o cualquiera de sus empleados o agentes responsables individualmente o por parte de mi niño/a si ocurre una lesión relacionada con la auto medicación o auto vigilancia de mi niño/a. Yo seré responsable por cualquier costo relacionado con cualquier reclamo relevante con la auto medicación o auto vigilancia de mi niño/a y no hare culpable al distrito y sus empleados y agentes por cualquier reclamo.

Yo entiendo que este permiso es otorgado por un año siempre y cuando los requerimientos aquí indicados son cumplidos.

\_\_\_\_\_  
Fecha

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

Yo no sujetare al distrito escolar a ninguno de sus empleados o agentes responsables si una lesión ocurre en relación con mi auto medicación o auto vigilancia. Yo seré responsable por cualquier costo relacionados con cualquier reclamo que ocurra en relación con mi auto medicación o auto vigilancia y no hare culpable al distrito o sus empleados y agentes por tal reclamo.

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Firma del Estudiante (Si es de 18 años o mayor)