

**Escuelas Públicas de Gilbert**

**Autorización para que los Estudiantes Lleven Consigo sus Medicamentos de Emergencia**

*Se debe completar un formulario nuevo cada año escolar. El formulario se debe conservar en la Oficina de Salud.*

Año Escolar \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

NOMBRE DEL ESTUDIANTE \_\_\_\_\_ FECHA DE NACIMIENTO \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

ESCUELA \_\_\_\_\_ GRADO \_\_\_\_\_

**EL MEDICAMENTO IDENTIFICADO EN ESTE FORMULARIO, DEBE SER ENTREGADO EN EL CONTENEDOR ORIGINAL, ETIQUETADO APROPIADAMENTE POR UN FARMACÉUTICO Y CON EL NOMBRE DEL ESTUDIANTE. EL CONTENEDOR DEBE DUPLICAR LAS INSTRUCCIONES DADAS EN ESTA PETICIÓN.**

**ESTA PARTE LA DEBE LLENAR EL PADRE DE FAMILIA O TUTOR LEGAL**

Nombre del medicamento que se va a administrar: \_\_\_\_\_

Propósito del medicamento: \_\_\_\_\_

Frecuencia de su uso: \_\_\_\_\_ Dosis prescrita para ser dada en la escuela: \_\_\_\_\_

Hora(s) o circunstancias en las que se debe administrar el medicamento: \_\_\_\_\_

Efectos secundarios del medicamento, si es que hay alguno: \_\_\_\_\_

Otro medicamento(s) que el estudiante está recibiendo: \_\_\_\_\_

Inhalador Sí \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_

Suministros para Diabéticos y Medicamentos (Sea Específico): \_\_\_\_\_

\*Inyector de Epinefrina Sí \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_

\*Glucagón (debe ser administrado por una persona designada) Sí \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_

\*Si se utiliza Epinefrina o Glucagón, se llamará al 911

Yo entiendo que el estudiante aquí mencionado es responsable de mantener el medicamento y/o el equipo y los suministros seguros en su persona. Un suministro adicional del medicamento debe mantenerse en la Oficina de Salud para su uso en caso de una emergencia. El estudiante debe ir a la Oficina de Salud en caso de una emergencia, si esto es posible. El Distrito no es responsable de ninguna pérdida de medicamento. Se espera que el estudiante se adhiera a la Política del Distrito con respecto a los medicamentos.

Yo otorgo permiso a la Enfermera de la Escuela para comunicarse con el Proveedor Médico con respecto al medicamento/medicación.

\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_  
Nombre Impreso del Padre de Familia o Tutor Legal      Firma      Fecha

\_\_\_\_\_  
Nombre impreso del contacto de emergencia para el estudiante      Número de contacto de emergencia

\_\_\_\_\_  
Nombre impreso del proveedor médico      Número de contacto del proveedor      Número de fax del proveedor