



**AUTORIZACIÓN PARA QUE EL ESTUDIANTE SE  
ADMINISTRE EPINEFRINA CON UN AUTOINYECTOR**

AVISO: LA PÓLITICA DE LA JUNTA ESCOLAR REQUIERE QUE:

1. Los estudiantes sólo pueden administrarse medicamentos recetados en la escuela cuando no tomar tal medicamento pueda ser un peligro para su salud.
2. Los estudiantes pueden llevar consigo un auto inyector de epinefrina y administrarse la epinefrina con un auto inyector cuando:
  - A. Este formulario sea firmado por un padre o tutor legal.
  - B. El médico que recetó el medicamento haya llenado y firmado la Autorización Médica a continuación.
3. La receta médica tiene que llevarse a la escuela por el estudiante que recibió la receta. Tiene que estar en el envase original con la etiqueta de la farmacia e incluir la siguiente información:
  - A. **NOMBRE DEL ESTUDIANTE**
  - B. **NOMBRE DEL MÉDICO (con licencia y autorizado por la Ley de la Florida para recetar medicamentos.)**
  - C. **NOMBRE DE LA MEDICINA**
  - D. **INSTRUCCIONES PARA LA DOSIS**

\*\*\* FAVOR DE LLENAR TODAS LAS ÁREAS \*\*\*

**AUTORIZACIÓN DEL MÉDICO** (Tiene que ser llenado por el doctor/a) **SOLAMENTE UNA DROGA POR FORMULARIO**

Nombre del Alumno \_\_\_\_\_ Escuela \_\_\_\_\_ Grado \_\_\_\_\_

El alumno nombrado arriba está bajo mi supervisión médica. He recetado \_\_\_\_\_  
(Nombre del Medicamento)

**DOSIS** \_\_\_\_\_ a la **HORA EXACTA** \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_ a la \_\_\_\_\_

Razón porqué el medicamento se debe administrar en la escuela: \_\_\_\_\_

Posibles reacciones o efectos secundarios: \_\_\_\_\_

Fecha de expiración de esta receta: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Sello del Médico                      Firma del Médico                      Teléfono                      Fecha

\_\_\_\_\_  
Dirección                      Ciudad                      Estado                      Código Postal

**DECLARACIÓN DEL PADRE**

Yo pido que el estudiante nombrado arriba sea autorizado a autoadministrarse la siguiente receta médica mientras esté en la escuela y en actividades escolares. Asumiré toda la responsabilidad por la autoadministración de mi hijo(a) y por cualquier efecto secundario y complicación que mi hijo(a) pueda tener como resultado de tomarse este medicamento. Además, asumiré toda responsabilidad por cualquier consecuencia que pueda resultar de este medicamento bajo la posesión de mi hijo(a). Entiendo también que es mi obligación de asegurar que el medicamento no se mantenga más allá de la fecha de expiración. Yo acuerdo a indemnizar y liberar al departamento de salud, la junta escolar y sus empleados y bienes de cualquiera y toda obligación o daños que puedan ocurrir debido a la posesión, manejo, administración o falta de custodia de dicho medicamento de mi hijo(a).

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

Nombre del Padre/Tutor Legal (EN Letras de Molde) \_\_\_\_\_ Dirección \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Telefono del Hogar                      Telefono en Caso de Emergencia                      Telefono del Trabajo

\_\_\_\_\_  
Firma de la supervisora de Enfermeras Escolares

\_\_\_\_\_  
Fecha