



Escuelas Públicas de Gahanna-Jefferson

Uso de medicamentos

5330 F4

R.C. 3313.718

AUTORIZACIÓN PARA LA POSESIÓN Y EL USO DE UN AUTOINYECTOR DE EPINEFRINA POR PARTE DEL ESTUDIANTE

Nombre del estudiante: _____ Fecha de nacimiento: _____

Dirección del estudiante: _____

Escuela: _____ Grado: _____ Maestro: _____

- La Sección I debe ser completada por el profesional de la salud del estudiante con licencia estatal y autorizado para recetar medicamentos (“prescriptor”).
- La Sección II debe ser completada y firmada por el padre/tutor del estudiante.
- Debe entregar este formulario al director y/o a la enfermera de la escuela antes de que el estudiante pueda llevar y usar un autoinyector de epinefrina para tratar la anafilaxia en la escuela.

I. PRESCRIBER’S SECTION

This is to certify that the above named student is under my care and self-possess and use the below epinephrine auto injector.

Medication	
Dose/Route	
Procedures for school employees if the medication does not produce the expected relief	
Severe adverse reactions to be reported to prescriber	
Start & end date of this request	Start _____ End _____

As a licensed health professional in the State of Ohio, and at the request of this student's parent/guardian, I direct that the above medication be self-administered as indicated above.

Prescriber's printed name and title: _____

Prescriber's Signature: _____ Date: _____

Address: _____ Phone: _____

II. SECCIÓN DEL PADRE/TUTOR

Como padre/tutor del menor mencionado anteriormente, autorizo a mi hijo a llevar y usar un autoinyector de epinefrina, según lo prescrito, en la escuela y en cualquier actividad escolar en la que participe la escuela de mi hijo. Entiendo que un empleado de la escuela solicitará inmediatamente ayuda de un proveedor de servicios médicos de emergencia si se administra este medicamento. Proporcionaré una dosis de respaldo del medicamento al director de la escuela o a la enfermera según lo exige la ley.

Por la presente libero a la Junta de Educación y a todos los empleados de la escuela de toda responsabilidad por daños o lesiones que resulten directamente de esta autorización.

Soy responsable de la entrega de este medicamento a la clínica de la escuela y notificaré a la escuela de inmediato si se suspende la necesidad de este medicamento.

Acepto enviar un formulario revisado de *Autorización para la posesión y el uso de un autoinyector de epinefrina por parte del estudiante* si se realiza algún cambio con respecto a la medicación anterior, o si cambiamos de profesional de la salud.

Si se requiere este medicamento durante las actividades nocturnas patrocinadas por el distrito, acepto proporcionar una dosis aparte al personal escolar capacitado que supervisa las actividades nocturnas de mi hijo. Acepto enviar un formulario revisado de *Autorización para la posesión y el uso de un autoinyector de epinefrina por parte del estudiante* para incluir instrucciones del prescriptor fuera del horario escolar habitual.

Doy mi consentimiento para la comunicación entre el prescriptor o su clínica, la enfermera de la escuela y el personal designado según sea necesario para el manejo de los medicamentos de mi hijo.

Nombre en letra de imprenta del padre/tutor: _____

Firma del padre/tutor: _____ Fecha: _____

