

THORNTON TOWNSHIP DISTRITO 205
AUTORIZACIÓN DE ADMINISTAR MEDICAMENTOS

NOMBRE DEL ESTUDIANTE _____ FECHA DE NACIMINETO _____
DIRECCIÓN _____ NUMERO DE TELÉFONO _____
ESCUELA _____ GRADO _____
CONTACTO EN CASO DE EMERGENCIA NOMBRE Y NÚMERO DE TELÉFONO _____

I. DEBE SER COMPLETADO POR EL PADRE / GUARDIÁN DEL ESTUDIANTE

Yo, _____, padre/tutor de _____ tengo la máxima responsabilidad de administrar medicamentos a mi hijo/a. Sin embargo, en caso de emergencia médica o si es necesario para proteger la salud y/o el bienestar de mi hijo/a, doy toda mi autorización a Municipio de Thornton Distrito 205 (el "Distrito") para que sus empleados y agentes puedan administrar medicación con receta a mi hijo/a o para que permitan a mi hijo auto-administrar medicación con receta siempre que mi hijo/a esté bajo la supervisión de los empleados y agentes del Distrito, medicamento recetado legalmente de la manera descrita a continuación. Reconozco que puede ser necesario que otra persona que no es la enfermera de la escuela administre medicamentos y tratamientos a mi hijo/a y específicamente consiento a tales prácticas Voy a notificar a la escuela, por escrito, si se discontinua dicho(s) medicamento(s) y obtener una orden escrita del médico si se cambia la dosis o el tratamiento. Entiendo que esta autorización de administración de medicamentos sólo es efectivo durante el año escolar _____ y necesitará ser renovado cada año escolar subsiguiente.

Además, reconozco y estoy de acuerdo en que, cuando se administran los medicamentos legalmente prescritos, renuncio el derecho de denunciar al Distrito, a sus empleados y agentes derivados de la administración o autoadministración de dicho medicamento independientemente de si la autorización para la auto-administración de medicamentos fue firmado por mí, el padre/tutor del estudiante, o por el médico de mi hijo, asistente médico o la enfermera de práctica avanzada. En adición, acepto que no puedo culpar ni denunciar al Distrito, sus empleados y agentes, de forma conjunta o separada, para daños, lesiones, incluso los honorarios y costos de consultar a un abogado, incurridos o como resultado de la administración o la auto-administración de un medicamento legalmente prescrito cuyo uso está autorizado, a no ser que la denuncia tenga base en la mala conducta, independientemente de si la autorización para la autorregulación de la medicación fue dada por mí, como el padre / guardián del niño, o por el médico de mi hijo, asistente de médico o enfermera registrada de práctica avanzada.

Firma de Padre/ Tutor: _____ Fecha: _____

Firma de Padre/ Tutor: _____ Fecha: _____

II. DEBE SER COMPLETADO POR EL MEDICO LISIENSADO DEL ESTUDIANTE
(Si su hijo/a auto-administra medicamentos para tratar asma, consulte Sección III a continuación)

Diagnóstico: _____ Nombre del Medicamento: _____

Dosis: _____ Ruta de Administración: _____

Tiempo/Circunstancias Cuando la Medicación debe Administrarse: _____

Efectos Secundarios: _____

Fecha de Prescripción: _____ Fecha de Discontinuación: _____

Auto-administración de Epinefrina: ____ Si ____ No El estudiante anteriormente nombrado tiene una alergia potencialmente fatal que requiere la administración inmediata de epinefrina y atención médica inmediata. He determinado que es médicamente necesario que lleve consigo un auto-inyector de epinefrina. Se ha enseñado al estudiante las técnicas de la auto-administración del medicamento antes mencionado y es capaz de administrarlo de manera independiente. El estudiante entiende el propósito que tiene la medicación y su responsabilidad de notificar a un miembro del personal del Distrito y de la oficina de salud justo después de auto-administrar epinefrina.

Autoadministración de Medicamentos Para la Diabetes: ____ Si ____ No. El estudiante anteriormente nombrado tiene diabetes comprobado por diagnosis oficial. He determinado que es médicamente necesario que mi hijo/a posea medicamentos para diabetes, el equipo relacionado y los suministros necesarios para controlar y tratar a su condición diabética conforme con su Plan de Acción para Diabetes El estudiante ha sido instruido en la autoadministración de la medicación enumerada arriba y el uso de sus suministros y equipo de la diabetes y es capaz de hacer esto independientemente El estudiante entiende que debe informar al personal de la escuela si experimenta síntomas anormales.

Me puede contactar llamando el siguiente número de teléfono en caso de emergencia:

Número de teléfono del médico

Firma del Medico

Fecha

Dirección del médico

Nombre Escrito del Medico

Fecha

III. PARA ESTUDIANTES QUE AUTO-ADMINISTRAN MEDICAMENTOS PARA ASMA
DEBE SER COMPLETADO POR EL PADRE / GUARDIAN DEL ESTUDIANTE

Diagnóstico: _____ Nombre del medicamento: _____

Dosis: _____ Ruta de Administración: _____

Tiempo/Circunstancias Cuando la Medicación debe Administrarse: _____

Efectos Secundarios: _____

Fecha de Prescripción: _____ Fecha de Discontinuación: _____

Autoadministración de Medicamento Para el Asma: ____ Si ____ No. Se ha determinado que mi hijo/a tiene asma y se le ha proscrito medicamento para el asma por un profesional de salud calificado. Autorizo a mi hijo/a que sostenga sus medicamentos para el asma y autorizo que auto-administre sus medicaciones según prescrito por su médico. El médico de mi hijo/a ha instruido a mi hijo en la autoadministración de su medicamento y ha indicado que mi hijo es capaz de hacerlo de forma independiente. Mi hijo/a comprende la necesidad del medicamento y la necesidad de informar al personal escolar sobre los efectos secundarios inusuales. He proporcionado a la escuela un suministro adicional de su medicamento con una etiqueta de su receta para su uso en el caso de que él / ella se olvida de llevar su medicación para el asma a la escuela en un día en particular.

Firma de Padre/ Tutor: _____ Fecha: _____

Firma de Padre/ Tutor: _____ Fecha: _____