

#

**FORMULARIO DE AUTORIZACIÓN DE AUTOMEDICACIÓN EN LA ESCUELA PARA
 AUTO-INYECTORES DE EPINEFRINA**

Debe ser completado por los padres del estudiante / tutor(es, médico, asistente médico (PA) o Enfermera Registrada (RN) de Práctica Avanzada (APN). Una nueva forma debe completarse cada año escolar. Se mantendrá en la oficina de la enfermera de la escuela.

Sección 22-30 del Código Escolar permite la autoadministración de un inyector de epinefrina por un estudiante con la autorización del médico del estudiante, asistente médico o enfermera de práctica avanzada (RN). Además, la sección 22-30 permite que un distrito escolar mantenga una reserva de auto-inyectores de epinefrina en un lugar seguro y permite a la enfermera escolar o cualquier miembro del personal autorizado según el Plan de Acción de Salud Individual del Estudiante, el Plan de Acción en Emergencia de Alergias Alimentarias y Formulario de Autorización de Tratamiento o plan de la sección 504, para administrar un auto-inyector de epinefrina que coincide con la prescripción en el archivo para cualquier estudiante. La enfermera de la escuela también puede proporcionar auto-inyectores de epinefrina que coincidan con la receta en el archivo para cualquier estudiante o personal autorizado, o administrar un auto inyector de epinefrina para cualquier estudiante que se cree sufrir una reacción anafiláctica.

Autoadministración significa capacidad discrecional del estudiante de usar y llevar consigo su medicación. En el caso de un auto-inyector de epinefrina, se requiere la siguiente información del estudiante médico, asistente médico (PA) o enfermera de práctica avanzada (APN): el nombre y propósito del auto-inyector de epinefrina, la dosis de prescripción y la ocasión u ocasiones o las circunstancias especiales en las que la auto-inyector de epinefrina debe ser administrado.

Este formulario debe ser firmado por el médico tratante, PA o APN.

Nombre del estudiante: _____ Fecha nacimiento: _____
 Dirección: _____
 Teléfono de casa: _____ Teléfono de emergencia: _____
 Escuela: _____ Grado: _____ Maestro/a: _____

Para ser completada por el médico el estudiante, médico asistente, o avanzada práctica de RN para Epi-Pens

Nombre del médico *letra de molde*: _____
 Dirección de oficina: _____
 Teléfono de oficina: _____ Teléfono de emergencia: _____
 Nombre del medicamento: _____
 Propósito: _____
 Dosis: _____ Frecuencia: _____

El médico, asistente médico o enfermera de práctica avanzada abajo firmante, autoriza y solicita al distrito escolar y sus empleados y agentes, que permita que el anterior llamado estudiante posea y use su auto-inyector de epinefrina: (1) mientras que está en la escuela, (2) mientras que está en una actividad patrocinada por la escuela, (3) mientras que está bajo la supervisión de personal de la escuela, o (4) antes o después de las actividades de la escuela normal, tales como mientras que está bajo la atención antes de la escuela o después de la escuela en el recinto escolar operado. El/la estudiante nombrado/a arriba entiende la necesidad de tal medicación y ha sido instruido/a en su uso.

La ley de Illinois requiere que el distrito escolar informa a los padres/tutores que no incurrirán ninguna responsabilidad, el distrito, ni sus empleados y agentes, incluyendo a un médico que proporciona un protocolo o receta para auto-inyectores de epinefrina en la escuela, excepto por conducta deliberada y arbitraria, como resultado de cualquier herida que surja de la autoadministración de la medicación por el estudiante o el uso de un auto inyector de epinefrina, sin importar si la autorización fue dada por los padres, tutor, o por el médico, asistente médico o enfermera de práctica avanzada del estudiante. Además, la ley de Illinois requiere que los padres/tutores están de acuerdo en indemnizar al distrito escolar y sus empleados y agentes, contra cualquier reclamación, excepto una reclamación basada en la conducta deliberada y arbitraria, que surjan de la autoadministración de la medicación o el uso de un auto-inyector de epinefrina, sin importar si la autorización fue dada por los padres, tutor, o por el médico, asistente médico o enfermera de práctica avanzada del estudiante [105 ILCS 5/22-30(c)].

Si están de acuerdo, por favor firmen aquí:

_____	_____	_____	_____
Estudiante	Fecha	Padre/tutor	Fecha
Nombre y título en letra de molde: _____		_____	
		Médico, Asistente Médico o Enfermera de Práctica Avanzada	Fecha