



AUTORIZACIÓN POR ESCRITO PARA LA AUTOADMINISTRACIÓN DE ASMA MEDICACIÓN Y/O EPI-PEN POR PARTE DE UN ESTUDIANTE EN UNA ESCUELA

Página 1 de 2

Nombre del estudiante: _____ Fecha de nacimiento: _____ Grado: _____

Yo, _____, el padre/tutor legal del estudiante mencionado solicita autorización para autoadministración y posesión de medicamentos para el asma o Epi-Pen mientras está en la escuela, en una actividad patrocinada por la escuela, bajo la supervisión del personal de la escuela y bajo cuidado antes o después de la escuela en la propiedad operada por la escuela. El estudiante demuestra una comprensión completa del uso adecuado de su medicación:

Inhalador Nebulizador Epi-Pen (Por favor, elija los que sean apropiados)

Entiendo que:

- El distrito escolar y sus empleados y agentes no incurrirán en responsabilidad por: a) cualquier lesión a la estudiante causada por su autoadministración de medicamentos, incluyendo lesiones causadas por intencionalidad o dureza. mala conducta; b) el uso, mal uso, uso excesivo o uso descuidado o fallido de su medicamento por parte del estudiante; y c) dispositivos de medicación perdidos, extraviados, caducados, inaccesibles, vacíos o defectuosos.
- Si el estudiante no demuestra el uso apropiado o la técnica adecuada para tomar medicamentos, la escuela puede requerir supervisión de la administración de medicamentos.
- La escuela tiene la autoridad para hacer cumplir las reglas y consecuencias por el comportamiento inapropiado demostrado por el estudiante en asociación con la posesión y/o autoadministración de medicamentos.

Asumo la responsabilidad exclusiva de:

- El monitoreo de la medicación, el uso de medicamentos y el reabastecimiento de recetas de manera oportuna. La escuela no será responsable de la supervisión, registro y monitoreo de la medicación autoadministrada.
- Asegurarse de que el estudiante siempre lleve su medicación consigo.
- Decidir si los medicamentos de respaldo se mantendrán en la escuela y proporcionar a la escuela los medicamentos de respaldo.
- Informar al personal de la escuela por escrito de cualquier cambio en el plan del estudiante para el manejo del asma y/o las alergias.
- Informar a la escuela de cualquier exacerbación del asma, visitas al hospital y/o información médica nueva o modificada del estudiante.
- Informar al personal de la escuela por escrito sobre cualquier efecto secundario del medicamento que justifique la comunicación con el padre/tutor.
- Coordinar la distribución del plan de manejo de asma/Epi-Pen y de emergencia del estudiante al personal de la escuela (trabajador de salud escolar, maestros, educadores físicos, entrenadores, conductor de autobús, personal antes y después de la escuela).



**AUTORIZACIÓN POR ESCRITO PARA LA AUTOADMINISTRACIÓN de ASMA
MEDICACIÓN Y/O EPI-PEN POR PARTE DE UN ESTUDIANTE EN UNA ESCUELA**

Página 2 de 2

Entiendo y acepto las condiciones establecidas anteriormente. Permito que la escuela busque tratamiento médico de emergencia para el estudiante cuando lo considere necesario y apropiado. Acepto la responsabilidad legal si el medicamento se usa mal, se administra o es tomado por una persona distinta al estudiante mencionado. Libero al SCCPSS y a sus empleados y agentes de cualquier responsabilidad legal relacionada con la posesión y autoadministración de su medicamento/dispositivo por parte del estudiante mencionado anteriormente.

Firma del padre/tutor legal _____ Fecha _____

Me han instruido en el uso adecuado de la receta de mi medicamento y entiendo cómo y cuándo usarlo. Siempre llevaré mi medicamento conmigo y no permitiré que otro estudiante lo use en ninguna circunstancia. Entiendo y acepto los términos de la política de la escuela.

Firma del estudiante _____ Fecha _____

El estudiante mencionado ha sido instruido y demuestra comprensión del uso adecuado de su medicamento. Es mi opinión profesional que se le permita al estudiante llevar y autoadministrarse su medicamento. Le he proporcionado al padre/tutor un plan de manejo de emergencias por escrito que incluye el nombre, el propósito, la dosis y las instrucciones de administración del medicamento.

Firma del médico _____ Fecha _____

Este formulario debe devolverse a la enfermera de la escuela en los primeros 7 días desde el día en que fue recibido junto con un plan de acción para el asma y/o alergias alimentarias que me hayan dado.

Firma de los padres: _____ Fecha: _____

Recibido por: _____ Fecha: _____