

Formulario de Autorización de Medicamentos Escolares R13

Township High School District 113

Todo medicamento debe estar etiquetado adecuadamente

Deerfield High School
1959 N. Waukegan Rd. Deerfield, IL 60015
Teléfono: 224/632/3200; Fax: 224/632/3206

Highland Park High School
433 Vine Ave. Highland Park, IL 60035
Teléfono: 224/765/2200; Fax: 224/765/2708

Nombre del Estudiante: _____
Apellido Primer Nombre

Grado: 9 10 11 12 Fecha de Nacimiento: _____

Fecha de Comienzo: _____ Fecha de Descontinuación: _____

Diagnóstico/Razón: _____

Medicamento: _____

Diario: _____ Cuando sea necesario: _____ Emergencia: _____

1. Potencia: _____ Dosis: _____ Frecuencia: _____ Hora: _____

2. Forma de administrar: _____

3. Efectos secundarios por los cuales el estudiante debe tenerse en observación: _____

4. Otros medicamentos que el estudiante recibe: _____

Servicios de Salud almacena los medicamentos sin receta a continuación. Por favor provea el medicamento si su estudiante requiere una forma diferente a las tabletas.

- Ibuprofeno (Advil)** 200 mg, 1-2 tabletas, cada 6 horas, según sea necesario
- Acetaminofén (Tylenol)** 325 mg, 1-2 tabletas, cada 4-6 horas, según sea necesario
- Acetaminofén Extra Strength (Tylenol Extra Strength)** 500 mg, 1-2 tabletas, cada 6 horas, según sea necesario
- Difenhidramina (Benadryl)** 25 mg, 1-2 tabletas, cada 4-6 horas, según sea necesario

Por la presente solicito y concedo permiso a Township High School District 113 para que la enfermera de la escuela o cualquier enfermera registrada aprobada por el Distrito, o en el caso de una emergencia, otro miembro del personal, le administre medicamento a mi estudiante de acuerdo con las instrucciones anteriores. También renuncio a cualquier demanda contra el Distrito Escolar, los miembros de la Junta Educativa, sus empleados, y agentes, que surjan del almacenamiento,

Nombre del Estudiante: _____ # de I.D. del Estudiante: _____

administración, o de auto-administración de dicho medicamento, y aceptó mantener indemne e indemnizar al Distrito Escolar, los miembros de la Junta Educativa, sus empleados y agentes, ya sea en conjunto o separadamente, de y contra de cualquier y toda responsabilidad, reclamos, demandas, daños, o causas de acción o de lesiones, costos, y gastos, incluyendo honorarios de abogados, como resultado de o que surjan de la administración o la auto-administración de medicamento, a excepción de la conducta deliberada e injustificable.

Para Medicamento de Asma/Auto inyectores de Epinefrina/Medicamento de Diabetes/ Medicamentos de Emergencia para Convulsiones* Solamente: Le doy mi consentimiento a mi estudiante de poseer y auto-administrarse sin supervisión de (ponga un círculo al medicamento aplicable) medicamento de asma/auto inyectores de epinefrina/medicamento de diabetes/ medicamentos de emergencia para convulsiones: ____ sí ____ no.

** El estudiante debe estar autorizado para auto-administrarse insulina de acuerdo con el plan individual de salud del estudiante, plan de la Sección 504, o un plan de cuidado de la diabetes.*

Firma del Padre/Tutor

Firma del Prescriptor con Licencia

No. de Emergencia del Padre/Tutor

Dirección/Teléfono

Fecha

Fecha

El medicamento no puede ser dado a menos que esta forma sea llenada en su totalidad y firmada por el prescriptor con licencia y el padre/tutor

**La firma del prescriptor con licencia no es requerida para la auto-administración de inhaladores de asma de un estudiante.*

REV. 12/2022