

Escuelas de Pickerington

## Autorización para la tenencia y el uso del autoinyector de epinefrina

Se le debe proporcionar un formulario completado a la dirección o la enfermería de la escuela antes de que el alumno pueda tener y usar un autoinyector de epinefrina para tratar la anafilaxia en la escuela.

Nombre del alumno: \_\_\_\_\_

Dirección del alumno: \_\_\_\_\_

### **El padre, la madre o el tutor legal del alumno debe completar y firmar esta sección.**

Como el padre, la madre o el tutor legal de este alumno, autorizo a mi hijo para que tenga y use un autoinyector de epinefrina, según lo recetado, en la escuela y en cualquier actividad, evento o programa patrocinado por la escuela del alumno o donde esta participe.

Entiendo que, si este medicamento se administra, un empleado de la escuela solicitará inmediatamente la asistencia de un proveedor de servicios médicos de emergencia. Proporcionaré una dosis de reserva del medicamento a la dirección o la enfermería de la escuela, como lo requiere la ley.

Firma del padre, la madre o el tutor: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Nombre del padre, la madre o el tutor: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

### **El recetador debe completar y firmar esta sección.**

Nombre/dosificación del medicamento: \_\_\_\_\_

Fecha de comienzo de la administración del medicamento: \_\_\_\_\_ Fecha de finalización: \_\_\_\_\_

Circunstancias para el uso del autoinyector de epinefrina: \_\_\_\_\_

Procedimientos para los empleados de la escuela si el alumno no es capaz de administrarse el medicamento o si este no produce el alivio esperado: \_\_\_\_\_

**Posibles reacciones adversas graves:**

Del alumno al que se le receta el medicamento (informe sobre estas al recetador): \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Del alumno al que no se le receta el medicamento pero que recibe una dosis: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**Otras recomendaciones:**

*Incluya la hora, el programa, la duración del tratamiento, cualquier precaución especial o reacción posible y las intervenciones.*

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Como el recetador, he determinado que este alumno es capaz de tener y usar el autoinyector adecuadamente y he impartido capacitación sobre el uso adecuado del autoinyector al alumno.

**Autorización del recetador:**

Firma del recetador: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Nombre del recetador: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_