



ESCUELAS DEL ÁREA DE ROUND LAKE

Unidad escolar en la comunidad, Distrito #116

Forma de autorización escolar para administrar medicamentos

Deberá llenarse por el padre, madre o tutor del niño(a).

Esta forma no es para el uso de cannabis médico. (Ver la norma escolar 7:270-E2, Forma de autorización escolar para administrar medicamentos, cannabis médico.) Tendrá que llenar una nueva forma cada año escolar para cada medicamento. Entréguese a la oficina de la enfermera o en la oficina principal.

Nombre del estudiante: _____ Fecha de nacimiento: _____

Dirección: _____

Tel. de casa: _____ Tel. celular: _____ Tel. de emergencia: _____

Escuela: _____ Grado: _____ Maestro: _____

Deberá llenarse por el médico del estudiante, el asistente médico con autoridad para prescribir medicamentos o un enfermero registrado con autoridad para prescribir medicamentos:

Nombre impreso del que prescribe: _____

Dirección de la oficina: _____

Teléfono de la oficina: _____ Teléfono de emergencia: _____

Nombre del medicamento: _____

Propósito: _____

Dosis: _____ Frecuencia: _____

Horario de administración o bajo qué circunstancia: _____

Fecha de prescripción: _____ Fecha de la orden: _____ Fecha de término: _____

Diagnóstico que requiere del medicamento: _____

¿Es necesario que este medicamento se administre durante el día escolar? Sí No

Efectos secundarios, si los hay: _____

Horario de intervalo para la reevaluación: _____

Otros medicamentos que recibe el estudiante: _____

Firma del que prescribe _____ Fecha _____

Solamente para padres o tutores de los estudiantes que requieren de inhaladores para el asma o inyecciones de epinefrina:

¿Es el inhalador o la inyección requerida bajo un plan según la norma 105 ILCS 5/10-22.21b, enmienda por P.A. 101-205?
 Sí No

Nuestra misión: inspirar y empoderar a los estudiantes para construir un futuro próspero



ESCUELAS DEL ÁREA DE ROUND LAKE

Unidad escolar en la comunidad, Distrito #116

Padres y tutores, favor de adjuntar la etiqueta de la prescripción médica (para el inhalador del asma) y/o una declaración por escrito (para la inyección de epinefrina) aquí:

Para inhaladores en caso de asma, adjunte la etiqueta de prescripción con el nombre del medicamento para el asma, la dosis prescrita y el horario o la circunstancia en la que será administrado. 105 ILCS 5/22-30(b)(2)(i). Para inyecciones de epinefrina, adjunte una declaración por escrito del doctor del estudiante, asistente médico o enfermero registrado practicante que contenga el nombre y propósito de la inyección de epinefrina, la dosis prescrita y el horario o circunstancia especial que será administrado. 105 ILCS 5/22-30(b)(2)(ii)(A)-(C).

Solamente para padres o tutores de alumnos que necesitan auto-administrarse el medicamento bajo un plan que califique para ello:

Le doy permiso a mi hijo(a) para auto-administrarse su medicamento requerido bajo el Plan de acción para el asma, el Plan de acción de cuidado de salud individual, la Forma de Illinois de autorización de acción y tratamiento en caso de una alergia a los alimentos, un plan según la Sección 504 de la Ley federal de rehabilitación de 1973, o un plan según la Ley educativa de individuos con discapacidades. 105 ILCS 5/10-22.21b, enmienda por P.A. 101-205.

Otros medicamento(s) distintos a los inhaladores para el asma o inyecciones de epinefrina (sección anterior) requeridos bajo un plan en el que el estudiante califique para la auto-administración:

Fecha de prescripción: _____ Fecha de la orden: _____ Fecha de término: _____

Diagnóstico que requiere de medicamento: _____

¿Es necesario que este medicamento se administre durante el día escolar? Sí No

Efectos secundarios, si los hay: _____

Tiempo de intervalo para la reevaluación: _____

Otros medicamentos que recibe el estudiante: _____

Firma del que prescribe _____ Fecha _____

Nuestra misión: inspirar y empoderar a los estudiantes para construir un futuro próspero



ESCUELAS DEL ÁREA DE ROUND LAKE

Unidad escolar en la comunidad, Distrito #116

Si el medicamento es un inhalador para el asma o un inyector de epinefrina, asegúrese también de completar la sección anterior y adjuntar la etiqueta y/o declaración escrita requerida según lo indicado anteriormente.

Favor de indicar con sus iniciales haber (1) recibido esta información y (2) dar su autorización para que su hijo(a) se auto-administre el medicamento si está bajo un plan en el que califica para ello.

Iniciales del padre, madre o tutor _____

Sólo para padres o tutores de alumnos que tienen que llevar consigo y usar su medicamento para el asma o inyección de epinefrina:

Autorizo al Distrito Escolar y a sus empleados y agentes a permitir que mi hijo lleve consigo y se administre por sí mismo su medicación para el asma y/o el inyector de epinefrina: (1) mientras esté en la escuela, (2) mientras participe en una actividad patrocinada por la escuela, (3) mientras esté bajo la supervisión del personal escolar, o (4) antes o después de las actividades escolares normales, como por ejemplo, mientras esté en el cuidado antes o después de la escuela en las instalaciones escolares. La ley de Illinois exige que el Distrito Escolar informe a los padres/tutores que ni él, ni sus empleados y agentes, incurren en responsabilidad alguna, salvo en caso de conducta deliberada y temeraria, como resultado de cualquier lesión derivada del transporte y la administración por parte del estudiante de su medicación para el asma o su inyector de epinefrina. 105 ILCS 5/22-30, enmendado por P.A. 102-413.

Favor de indicar con sus iniciales haber (1) recibido esta información y (2) dar su autorización para que su hijo(a) lleve consigo y uso se medicamento para el asma o inyección de epinefrina.

Iniciales del padre, madre o tutor _____

Para todos los padres y tutores:

Al firmar a continuación, acepto que soy el principal responsable de administrar la medicación a mi hijo. Sin embargo, en caso de que no pueda hacerlo o en caso de una emergencia médica, por la presente autorizo al Distrito Escolar y a sus empleados y agentes, en mi nombre, a administrar o intentar administrar a mi hijo (o permitir que mi hijo se auto-administre de conformidad con la ley estatal, bajo la supervisión de los empleados y agentes del Distrito Escolar) los medicamentos recetados legalmente de la manera descrita anteriormente. Esto incluye la administración de inyectores de epinefrina no designados, antagonistas opioides o medicamentos para el asma, en la medida en que el Distrito Escolar mantenga dichos suministros no designados, a mi hijo cuando se crea de buena fe que mi hijo está teniendo una reacción anafiláctica, una sobredosis de opioides o un episodio de asma, independientemente de que yo tenga conocimiento de dichas reacciones, y, si procede, glucagón no designado cuando lo autorice el plan de atención diabética de mi hijo y si el glucagón de mi hijo no está disponible en la escuela o ha caducado. 105 ILCS 5/22-30, enmendado por P.A. 102-413.; 105 ILCS 145/27, añadido por P.A. 101-428. Reconozco que puede ser necesario que otra persona aparte de la enfermera escolar administre los medicamentos a mi hijo(a) y autorizo específicamente tales prácticas y acepto indemnizar y eximir de responsabilidad al Distrito Escolar y a sus empleados y agentes frente a cualquier reclamación, excepto aquellas basadas en una conducta deliberada y temeraria, que surjan de la administración o auto-administración del medicamento.

Nombre impreso del padre, madre o tutor _____

Dirección (si es distinta a la del estudiante en la parte superior): _____

Tel. de casa: _____ Tel. celular: _____ Tel. en caso de emergencia: _____

Firma del padre, madre o tutor: _____ Fecha: _____

Nuestra misión: inspirar y empoderar a los estudiantes para construir un futuro próspero