

AUTORIZACIÓN PARA AUTO TRANSPORTAR MEDICAMENTOS DE EMERGENCIA POR PARTE DE ESTUDIANTES DE UCPS

Nombre del estudiante: _____ Fecha de nacimiento: _____

Medicación: _____ para _____

Elegibilidad: Solo estudiantes con asma diagnosticada, diabetes y/o alergias graves que puedan requerir medicamentos recetados por un médico (es decir, inhalador, glucagón, insulina, epinefrina, dosis de antihistamínico).

- - - - -

Proveedor de Atención Médica: Este estudiante es capaz de y ha sido instruido sobre cómo llevar y, si corresponde, administrarse este medicamento como se indica en el formulario de consentimiento del medicamento (tanto la técnica correcta como los intervalos de dosis). Permítale que lo lleve solo durante el horario escolar o las actividades. En caso de una emergencia, este estudiante puede necesitar la ayuda de un miembro del personal de la escuela en la administración de este medicamento.

Firma/fecha del proveedor de atención médica _____

Padres/Tutores: Doy mi consentimiento a las Escuelas Públicas del Condado Unión para permitir que mi hijo(a) lleve consigo y, cuando corresponda, se administre por sí mismo(a) este medicamento en la escuela. Entiendo que mi hijo(a) y yo asumimos la responsabilidad del uso adecuado y el reguardo seguro de este medicamento. Proporcionaré un medicamento de respaldo para que se mantenga en la escuela. Eximo a la Junta de Educación del Condado Unión, así como a sus representantes y empleados, de toda responsabilidad que pudiera surgir como resultado de que mi hijo(a) lleve este medicamento en la escuela.

Fecha/firma del padre _____

Estudiante: Soy capaz de llevar conmigo este medicamento según las indicaciones y acepto esta responsabilidad. Lo mantendré seguro en todo momento y no lo compartiré con otras personas. Entiendo que estaré sujeto(a) a medidas disciplinarias si comparto medicamentos. Informaré a un adulto si utilizo epinefrina o un antihistamínico, o si uso un inhalador y no alivia los síntomas.

Fecha/firma del estudiante _____

Enfermero(a) escolar: He revisado esta solicitud y estoy de acuerdo en que este estudiante puede ser capaz de portar de manera segura y, cuando corresponda, auto administrarse este medicamento.

Fecha/firma de la/el enfermera(o) de la escuela _____