MILWAUKEE PUBLIC SCHOOLS

Formulario de exención para autoinyector de epinefrina llevado por el estudiante

Fecha: _____

Nombre del estudiante:	N.° de ID:	Fecha de nacimiento:
_____	_____	_____
Escuela:		Grado:
_____		_____

Se le ha recetado al alumno siguiente el siguiente autoinyector de epinefrina:

☐ EpiPen® 0.3 mg/0.3 ml
☐ EpiPen Jr.® 0.15 mg/0.15 ml
☐ Twinject® 0.3 mg/0.3 ml
☐ Twinject® 0.15 mg/0.3 ml
☐ Auvi-Q 0.3 mg
☐ Auvi-Q 0.15 mg

Solicitamos que se autorice al alumno arriba mencionado a llevar el autoinyector de epinefrina.

El estudiante ha recibido instrucción y entiende el objetivo y el método apropiado para usar el autoinyector de epinefrina. El personal de Escuelas Públicas de Milwaukee llamará de inmediato a los servicios médicos de emergencias/911 y al padre o tutor de inmediato cuando se entere que el estudiante se ha administrado el medicamento.

Nosotros, los abajo firmantes, el proveedor de cuidado de la salud y el padre/tutor exoneramos al Distrito de Escuelas Públicas de Milwaukee y a sus empleados, agentes y funcionarios de cualquier responsabilidad por daños que puedan ocurrir por la autoadministración del medicamento epinefrina.

Nombre del proveedor de cuidado de la salud	Firma del proveedor de cuidado de la salud
Nombre del padre/tutor	Firma del padre/tutor
Nombre del personal de enfermería	Firma del personal de enfermería
Nombre del director	Firma del director

Estatuto: Wis. Stat. Sec. 118.292