

FORMULARIO DE AUTORIZACIÓN PARA LA ADMINISTRACIÓN DE MEDICAMENTOS EN LA ESCUELA

Este formulario es válido durante el año escolar _____ (incluyendo la sesión de verano, si aplica).

- + Este formulario debe completarse anualmente y estar firmado por el proveedor de atención médica autorizado y por el padre/madre/tutor, para que la escuela pueda administrar medicamentos a cualquier estudiante o para que un estudiante pueda llevar consigo/auto-administrarse medicamentos de emergencia.
- + Los medicamentos con receta médica deben ser traídos a la escuela en el empaque original debidamente etiquetado por la farmacia.
- + Los medicamentos sin receta médica (de venta libre) deben ser traídos a la escuela con la etiqueta original del fabricante intacta y con el nombre del estudiante añadido en el envase/ empaque.
- + Los medicamentos deben ser traídos a la escuela por el padre/tutor y entregarlos a la enfermera o a un administrador de la escuela, y ser recogidos al final del año escolar/sesión de verano.

NOMBRE DEL ESTUDIANTE: _____ FECHA DE NACIMIENTO: _____ GRADO: _____
ESCUELA: _____ Número de Teléfono: _____ Fax# _____

AUTORIZACIÓN DEL PROVEEDOR DE ATENCIÓN MÉDICA AUTORIZADO

Nombre del Medicamento: _____ Dosis: _____ Metodo de Administracion: _____
Frecuencia/hora de administracion: _____ Indicacion: _____
Fecha de suspensión (Si corresponde): _____ Efectos secundarios esperados: _____

Nombre del Medicamento: _____ Dosis: _____ Metodo de Administracion: _____
Frecuencia/hora de administracion: _____ Indicacion: _____
Fecha de suspensión (Si corresponde): _____ Efectos secundarios esperados: _____

Nombre del Medicamento: _____ Dosis: _____ Metodo de Administracion: _____
Frecuencia/hora de administracion: _____ Indicacion: _____
Fecha de suspensión (Si corresponde): _____ Efectos secundarios esperados: _____

He examinado a el estudiante y he determinado que los medicamentos son necesarios durante el horario escolar para que el estudiante pueda asistir a la escuela.

Firma del proveedor de salud médica autorizado.

Fecha

Nombre del proveedor en letra de molde: _____

Dirección: _____

Numero de Telefono: _____

AUTORIZACIÓN DEL PROVEEDOR DE ATENCIÓN MÉDICA AUTORIZADO PARA QUE EL ESTUDIANTE LLEVE CONSIGO Y/O SE AUTO-ADMINISTRE MEDICAMENTO DE EMERGENCIA (si corresponde)

(Medicamento para el asma, inyector de epinefrina, medicamento para el manejo de la diabetes o medicamento de emergencia para convulsiones)

Certifico que el estudiante identificado ha sido instruido en el uso y la autoadministración de su medicamento. Entiende la necesidad del medicamento y la obligación de informar al personal escolar sobre cualquier efecto secundario inusual. El estudiante es capaz de usar este medicamento de forma independiente.

Firma del Proveedor de Atención Médica Autorizado

Fecha

AUTORIZACIÓN DEL PADRE/TUTOR

Por la presente reconozco que soy el principal responsable de administrar el medicamento a mi hijo(a). Sin embargo, en caso de que yo no pueda hacerlo, o en caso de una emergencia médica, autorizo al Distrito Escolar Comunitario de Yorkville 115 y sus empleados y agentes, a administrar o intentar administrar a mi hijo o permitir que mi hijo se auto-administre el medicamento prescrito legalmente, de la manera descrita en este formulario de autorización. Reconozco que puede ser necesario que el medicamento sea administrado a mi hijo por una persona que no sea una enfermera escolar, y doy mi consentimiento específico para tales prácticas. Además, renuncio a cualquier reclamo que pueda tener contra el Distrito 115, la Junta de Educación y sus miembros, sus empleados y sus agentes que surja de la administración o intento de administración a mi hijo o la autoadministración de los medicamentos por parte de mi hijo. También acepto eximir de responsabilidad e indemnizar al Distrito 115, la Junta de Educación y sus miembros, sus empleados y sus agentes de y contra cualquier y todo reclamo, demanda, daño, causa de acción, lesiones, costos y/o gastos, incluidos los honorarios de abogados, que resulten de o surjan de la administración o intento de administración a mi hijo o la autoadministración de los medicamentos por parte de mi hijo.

También autorizo al Distrito Escolar 115 de Yorkville y a sus empleados y agentes a comunicarse con el proveedor de atención médica que prescribe a mi hijo con respecto a la administración de medicamentos y/o la condición médica de mi hijo.

Firma del Padre/Tutor

Fecha

Parent/Guardian Printed Name: _____

Dirección: _____ Correo Electrónico: _____

Telefono de casa: _____ Telefono alternativo: _____

Nombre del contacto de emergencia: _____ Número de Teléfono: _____

AUTORIZACIÓN DEL PADRE/TUTOR PARA QUE EL ESTUDIANTE LLEVE CONSIGO Y/O SE AUTO-ADMINISTRE MEDICAMENTOS DE EMERGENCIA (Si corresponde)

(medicamento para el asma, Inyector de epinefrina, medicamento para el manejo de la diabetes o medicamento de emergencia para convulsiones)

Por medio de la presente, yo, el padre/tutor, autorizo al Distrito Escolar 115 de Yorkville, y a sus empleados y agentes a que permitan a mi hijo(a) llevar consigo y/o auto-administrarse su medicamento recetado para el asma, el inyector de epinefrina, el medicamento para el manejo de la diabetes y/o el medicamento de emergencia para convulsiones requerido bajo un plan autorizado, que puede ser: un plan de acción para el asma, un Plan de Acción de Atención Médica Individual, un Plan de Emergencia para Alergias y Formulario de Autorización de Tratamiento, un plan conforme a la Ley federal de Educación para Individuos con Discapacidades (IDEA), un plan de cuidado de la diabetes o un plan de acción para convulsiones (105 ILCS 5/10-22.21b, 105 ILCS 145/, 105 ILCS 150/).

Por la presente, hago constar que el proveedor de atención médica autorizado de mi hijo/a le ha instruido sobre la autoadministración adecuada del medicamento.

Acepto indemnizar y eximir de responsabilidad al Distrito Escolar 115 de Yorkville, a su Mesa Directiva de Educación, a los miembros de la Mesa Directiva, funcionarios, y empleados y agentes contra cualquier reclamo, excepto un reclamo basado en conducta dolosa o temeraria, que surja de la administración o autoadministración de medicamentos de emergencia para el asma, alergias, diabetes y medicamentos para convulsiones a mi hijo/a.

Entiendo que el Distrito Escolar 115 de Yorkville y sus empleados y agentes no asumirán responsabilidad alguna, excepto en caso de conducta dolosa o temeraria, relacionada con la atención a un estudiante con diabetes, un estudiante con convulsiones o como resultado de una lesión que surja de llevar consigo y la autoadministración de un autoinyector de epinefrina o medicamento para el asma por parte del estudiante.

Firma del Padre/Tutor

Fecha

Orden Revisada por la Enfermera de la Escuela: _____ Fecha: _____