

ELIZABETH BOARD OF EDUCATION
Elizabeth, New Jersey

FORMULARIO DE AUTORIZACIÓN DE AUTOMEDICACIÓN

Yo, _____ doy autorización para que mi hijo/a, _____
pueda automedicarse con _____ según lo recetado por _____
(medicación) (nombre del médico)

en situaciones de emergencia en las que la enfermera o los padres/tutores no estén presentes en el edificio, fuera del edificio o en una actividad extraescolar.

- Estoy de acuerdo en proporcionar una copia idéntica de cualquier inhalador/s, epi-pen u otro auto-inyector, o glucagón que se guardará en un armario cerrado con llave en el envase original en la oficina de la enfermera.
- Se adjunta una nota del médico que receta la medicación que incluye la dosis y el horario de administración y una anotación de cada instancia de administración, así como la certificación de que el estudiante es capaz de automedicarse y ha sido instruido sobre la correcta administración de su medicación.

- En el caso de que mi hijo/a, _____, se autoadministra la
medicación
según _____

La póliza de la Junta de Educación 5141.21

Administración de Medicamentos, libero al distrito escolar de toda responsabilidad.

- He recibido y revisado las disposiciones de la política 5141.21 Administración de medicamentos.

Firma del padre/tutor: _____

Fecha: _____

ELIZABETH BOARD OF EDUCATION
Elizabeth, New Jersey

AUTORIZACIÓN Y CONSENTIMIENTO PARA LA ADMINISTRACIÓN DE MEDICAMENTOS

Nombre del estudiante: _____ Grado: _____

Dirección: _____ Profesor/a: _____

Teléfono: _____ Teléfono móvil: _____

Yo (nosotros) solicito (solicitamos) la autorización y el consentimiento para que la enfermera de la escuela o un miembro designado del nuestro personal administre la medicación recetada por nuestro médico particular a mi hijo/a mientras esté en la escuela. Yo (nosotros) también libero (liberamos) a la junta de educación, al médico de la escuela, a la enfermera de la escuela y a todos sus empleados de cualquier responsabilidad relacionada con esto.

Fecha: _____ Firma de los padres/tutores: _____

Firma de los padres/tutores: _____

Firma del testigo: _____

TO BE FILLED OUT BY THE PHYSICIAN

Please administer the following medication: _____

Name of student: _____

Name of medication: _____

Prescribed dosage: _____

Side effects that may be expected: _____

How long do you expect this student to be on the medication? _____

Comments or suggestions: _____

Physician's Signature: _____

Address: _____ Telephone Number: _____

APPROVAL OF SCHOOL PHYSICIAN

I have reviewed the above request and authorize the school nurse or (faculty member) to administer the prescribed medication as ordered to (Name of Student) during school hours.

Physician's Signature: _____

(CONFIDENTIAL INFORMATION)

HIPAA-Autorización de intercambio de información sobre la salud y educación

Nombre del paciente/estudiante: _____ Fecha de nacimiento: _____

Yo autorizo a _____ [indique el nombre del proveedor de atención médica y título]

y _____ [indique el nombre y el cargo del funcionario de la escuela] para intercambiar información/registros de salud y educación para los fines que se indican a continuación.

_____ [indique la dirección y el teléfono de la escuela/del distrito escolar].

Descripción:

La información de salud que se comunicará consiste en:

La información educativa que se comunicará consiste en:

Propósito: Esta información se utilizará para los siguientes propósitos:

1. Evaluación educativa y planificación de programas
2. Evaluación de la salud y planificación de los servicios de atención médica y tratamiento en la escuela
3. Evaluación y tratamiento médico
4. Otros: _____

Autorización

Esta autorización es válida durante un año calendario. Expirará el ____ [indicar la fecha]. Entiendo que puedo anular esta autorización en cualquier momento presentando una notificación por escrito de la anulación de mi consentimiento. Reconozco que los registros de salud, una vez recibidos por el distrito escolar, pueden no estar protegidos por la Regla de Privacidad de la HIPAA, pero se convertirán en registros educativos protegidos por la Ley de Derechos Educativos y Privacidad de la Familia. También entiendo que si me niego a firmar, dicha negación no interferirá con la capacidad de mi hijo/a de obtener atención médica.

_____ Firma del padre/tutor _____ Fecha

_____ Firma del estudiante * _____ Fecha

* Si un estudiante menor de edad está autorizado a dar su consentimiento para recibir atención médica sin el consentimiento de sus padres en conformidad con la ley federal o estatal, sólo el estudiante deberá firmar este formulario de autorización.

Copias: Padre o estudiante*

Médico u otro proveedor de atención médica que proporciona la información de salud protegida

Funcionario escolar que solicita/recibe la información de salud protegida

ELIZABETH BOARD OF EDUCATION
Elizabeth, New Jersey

ADMINISTRACIÓN DE EMERGENCIA DE EPINEFRINA

Esti _____,
mado Padre/tutor

La _____ Junta de Educación le informa que si se siguen los procedimientos aprobados por la Junta se siguen, el distrito y sus empleados no incurrirán en ninguna responsabilidad por cualquier y todos los reclamos, daños, pérdidas y gastos de cualquier tipo, incluyendo los gastos razonables de los abogados como resultado de cualquier accidente que surja de la administración de emergencia de epinefrina.

Yo, _____, por la presente reconozco que, si se siguen los procedimientos del distrito, el distrito y sus empleados no incurrirán en ninguna responsabilidad por cualquier y todos los reclamos, daños, pérdidas y gastos de cualquier tipo, incluyendo los gastos razonables de los abogados como resultado de cualquier accidente que surja de la administración de emergencia de epinefrina.

Yo, _____, por la presente, indemnizo y eximo de responsabilidad al distrito y sus empleados, funcionarios o agentes contra cualquier y todas las reclamaciones que resulten de la administración de emergencia de epinefrina.

Yo, _____, por la presente reconozco que si la epinefrina se administra epinefrina a mi hijo/a, la póliza y el procedimiento del distrito requieren que él/ella reciba atención médica inmediata después de la administración de epinefrina.

Yo, _____, por la presente estoy de acuerdo en asumir la total responsabilidad financiera de cualquier y todos los gastos en relación con la atención médica proporcionada a mi hijo/a, incluyendo pero no limitado a, los gastos de transporte hacia y desde un centro médico.

Padre/tutor

Fecha

Board policy and regulation: 5141.21 Administration of Epinephrine

