



Coordinated Student Health Services

Autorización para Llevar y Autoadministrar Medicamento de Venta Libre para el Dolor de Cabeza Año Escolar 2026-2027

Nombre del estudiante: _____ FECHA DE NACIMIENTO: _____

Nombre del padre/tutor: _____ Teléfono: _____

Nombre del medicamento: _____

De conformidad con el Estatuto 1002.20 de Florida, un estudiante puede poseer y usar un medicamento para aliviar el dolor de cabeza mientras se encuentre en propiedad escolar o en un evento o actividad patrocinados por la escuela sin necesidad de una nota o receta médica, si tal medicamento está regulado para uso de venta libre por la Administración de Alimentos y Medicamentos de los Estados Unidos para tratar dolores de cabeza.

Para que su hijo(a) lleve y se autoadministre un medicamento de venta libre para aliviar el dolor de cabeza, este documento debe completarse y archivar en la clínica escolar o de lo contrario no se le permitirá llevar o autoadministrar el medicamento. Esto es para su seguridad y la de los demás.

El padre/tutor debe llenar lo siguiente:

Solicito que se le permita a mi hijo(a) _____ llevar consigo el medicamento mencionado porque lo(a) considero responsable.

Mi hijo(a) ha recibido instrucciones y entiende el propósito, la forma correcta, la frecuencia y el uso del medicamento.

Mi hijo(a) asume la responsabilidad de llevar y usar el medicamento.

Mi hijo(a) reconoce y está de acuerdo en que el medicamento es para uso personal, por lo que no lo compartirá ni permitirá que otro estudiante lo utilice o de lo contrario será una infracción del Código de Conducta del Estudiante que podría resultar en una medida disciplinaria.

Mi hijo(a) notificará inmediatamente a un empleado de las Escuelas Públicas del Condado de Broward si otro estudiante usa su medicamento.

Se entiende que si existe un comportamiento irresponsable o representa un riesgo para la seguridad, se revocará el permiso de llevar consigo el medicamento.

Entiendo y reconozco que las Escuelas Públicas del Condado de Broward no asumen ninguna responsabilidad por el mantenimiento, almacenamiento, dosificación, reemplazo si el medicamento del estudiante mencionado se daña o pierde o se administra.

Además, acepto indemnizar y eximir al Distrito Escolar del Condado de Broward, sus empleados y voluntarios de toda responsabilidad con respecto al uso o mal uso de dicho medicamento del / la estudiante de conformidad con la sección 1002.20(3)(p).

Firma del padre/tutor: _____ Fecha: _____

Firma del estudiante: _____ Fecha: _____