

PINELLAS COUNTY SCHOOLS
SERVICIOS DE SALUD ESCOLAR
AUTORIZACIÓN PARA PORTAR Y AUTOADMINISTRARSE MEDICAMENTOS

NOMBRE DEL ESTUDIANTE: _____ NACIMIENTO: _____

ESCUELA: _____ GRADO: _____

PADRE/TUTOR: _____ TELÉFONO DEL PADRE/TUTOR: _____

II. SECCIÓN DEL MÉDICO:

El estudiante mencionado anteriormente puede llevar y/o autoadministrarse el siguiente *medicamentos/dispositivos* como se describe a continuación:

Inhalador de dosis medida (MDI) ☐ El estudiante puede portar ☐ El estudiante puede autoadministrarse

Dispositivo de Epinefrina ☐ El estudiante puede portar ☐ El estudiante puede autoadministrarse

Suplemento de enzimas pancreáticas ☐ El estudiante puede portar ☐ El estudiante puede autoadministrarse

Dispositivo estimulador del nervio va go ☐ El estudiante puede portar ☐ El estudiante puede autoadministrarse

FIRMA DEL MÉDICO: _____ FECHA: _____

NOMBRE DEL MÉDICO (*Por favor, escríbalo*): _____ TELÉFONO: _____

I. SECCIÓN DE LOS PADRES/TUTORES:

A través de la presente solicito y doy permiso para que se le permita a mi hijo portar y/o autoadministrarse el *medicamentos/dispositivos* marcado anteriormente, por un médico según el Estatuto de Florida, mientras está en la escuela y fuera de la escuela en actividades relacionadas con la escuela. La administración cumplirá con las instrucciones escritas del médico de mi hijo según la receta escrita. Notificaré inmediatamente a la escuela si el estado de salud de mi hijo cambia, cambiamos de médico, cambiamos de casa, trabajo o números de teléfono de emergencia, o si hay un cambio o cancelación de la orden. Entiendo que es mi responsabilidad asegurarme de que mi hijo tenga el medicamento adecuado, que esté dentro de la fecha de vencimiento para su uso y que el sistema de administración funcione correctamente. Entiendo que mi estudiante no puede llevar ningún otro medicamento que no sea el que se detalla a continuación. Dado el caso que mi hijo presente síntomas que requieran el medicamento descrito a continuación mientras es transportado en un autobús escolar, el conductor del autobús/personal del distrito escolar no administrará el medicamento, pero solicitará asistencia médica de emergencia tan pronto como se dé cuenta de que la situación lo requiera. Reconozco que la enfermera de la escuela está autorizada a proporcionar capacitación a cualquier personal de la escuela según sea necesario, y que la enfermera de la escuela tiene la autoridad para revocar el privilegio de autoadministración para cualquier estudiante que la enfermera pueda evaluar como inseguro o ineficaz en su juicio profesional. Si mi estudiante puede autoadministrarse, se recomienda encarecidamente que se proporcione un suministro de medicamentos de reserva a la clínica escolar. Entiendo que si mi estudiante no puede autoadministrarse su propio medicamento, tengo que proporcionar a la clínica de la escuela un suministro de reserva. Por la presente libero, renuncio y eximo de responsabilidad a la Junta Escolar del Condado de Pinellas y a sus agentes y empleados de todos y cada uno de los reclamos, juicios y responsabilidades que resulten de lesiones o daños basados en agravio o de otro modo, en los que yo y/o los estudiantes nombrados anteriormente incurramos como resultado de cualquier acción tomada que autorizo en virtud del presente.

Medicamentos sin receta para el dolor de cabeza ☐ El estudiante puede portar y autoadministrarse

FIRMA DEL PADRE/TUTOR: _____ FECHA: _____

III. DECLARACIÓN DE ENFERMERA REGISTRADA:

En mi opinión profesional como enfermera, este estudiante puede portar y/o autoadministrarse segura y eficazmente los medicamentos/dispositivos aprobados por el medico.

FIRMA DE ENFERMERA REGISTRADA _____ FECHA: _____

SE REQUIERE UNA NUEVA AUTORIZACIÓN CADA CURSO ESCOLAR