

**AUTORIZACIÓN PARA PORTAR MEDICAMENTOS DE
EMERGENCIA POR CUENTA PROPIA (ESTUDIANTES DE UCPS)**

Nombre del estudiante: _____ **Fecha de nacimiento:** _____

Medicamento: _____ **para** _____

Requisitos: Solo estudiantes con diagnóstico de asma, diabetes y/o alergias graves que puedan requerir medicamentos de rescate recetados (p. ej., inhalador, glucagón, insulina, epinefrina, dosis de antihistamínico).

**ESTE FORMATO DEBE IR ACOMPAÑADO DE UN FORMATO DE CONSENTIMIENTO PARA MEDICAMENTOS
DEBIDAMENTE FIRMADO**

- - - - -

Profesional de la salud: Este/a estudiante puede portar por cuenta propia y ha recibido instrucciones sobre cómo hacerlo y, **cuando corresponda**, administrar este medicamento según se indica en el formato de consentimiento para medicamentos (tanto la técnica correcta como los intervalos de dosis). Favor de permitirle portarlo durante el horario escolar o en actividades. En caso de una emergencia, este/a estudiante podría requerir apoyo de personal escolar para la administración de este medicamento.

Nombre en letra de molde del profesional de la salud _____

Firma del profesional de la salud _____ **Fecha** _____

Madre/Padre o Tutor(a): Doy mi consentimiento a las Escuelas Públicas del Condado de Union para que permitan que mi hijo(a) lleve consigo este medicamento y, cuando corresponda, se lo administre por sí mismo(a) en la escuela. Entiendo que mi hijo(a) y yo asumimos la responsabilidad por el uso adecuado y el resguardo seguro de este medicamento. Proporcionaré una dosis de respaldo para que se mantenga en la escuela. Libero a la Junta de Educación del Condado de Union, así como a sus representantes y empleados, de toda responsabilidad que pudiera derivarse de que mi hijo(a) lleve este medicamento en la escuela.

Firma de madre/padre o tutor(a) _____ **Fecha** _____

Estudiante: Soy capaz de llevar conmigo este medicamento según se recomienda y acepto esta responsabilidad. Lo mantendré seguro en todo momento y no lo compartiré con otras personas. Entiendo que podré estar sujeto(a) a medidas disciplinarias si se comparten medicamentos. Avisaré a una persona adulta cuando se use epinefrina o un antihistamínico, o si uso un inhalador y no me alivia los síntomas.

Firma del estudiante _____ **Fecha** _____

Enfermera de Salud Escolar: He revisado esta solicitud y estoy de acuerdo en que este(a) estudiante debe ser capaz de llevar consigo este medicamento de forma segura y, cuando corresponda, administrárselo por sí mismo(a).

Firma de la enfermera de salud escolar _____ **Fecha** _____