

FORMULARIO DE AUTORIZACIÓN PARA LA ADMINISTRACIÓN DE MEDICAMENTOS EN LA ESCUELA

Este formulario es válido para el año escolar actual _____ (incluyendo la sesión de verano, si corresponde).

- + Este formulario debe completarse anualmente y ser firmado por un profesional de la salud con licencia y por el padre/tutor para que la escuela pueda administrar medicamentos a cualquier estudiante o para que un estudiante pueda portar/auto-administrarse medicamentos de emergencia.
- + Cualquier medicamento traído a la escuela debe estar en un envase etiquetado apropiadamente por la farmacia o en el envase original del fabricante (para medicamentos sin receta).
- + Todos los medicamentos deben ser entregados y recogidos de la escuela por el padre/tutor u otro adulto responsable antes del último día de clases.

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

AUTORIZACIÓN DEL PROFESIONAL DE LA SALUD CON LICENCIA

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 profesional de salud con licencia

Fecha

Nombre en letra de molde: _____

Dirección: _____

Numero de Telefono: _____

**AUTORIZACIÓN DEL PROFESIONAL DE LA SALUD CON LICENCIA PARA QUE EL ESTUDIANTE PORTE Y/O SE
AUTO-ADMINISTRE SU MEDICAMENTO DE EMERGENCIA (si corresponde)**

(Medicamento para el asma, epinefrina, 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.

☐ Puede portar su medicamento

☐ Puede administrarse su medicamento

Firma del Profesional de Salud Médica Autorizado

Fecha

AUTORIZACIÓN DEL PADRE/TUTOR

Por medio de 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, en mi nombre, 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 para tales prácticas. Además, renunció a cualquier reclamo que pudiera 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.

Además, autorizo al Distrito Escolar 115 de Yorkville y a sus empleados y agentes a comunicarse con el profesional de la salud médica que prescribe los medicamentos de mi hijo/a con respecto a la administración de medicamentos y/o al plan de tratamiento médico para su condición de salud.

Firma del Padre/Tutor

Fecha

Nombre del Padre/tutor: _____

Dirección: _____

Correo Electrónico: _____

Teléfono de casa: _____

Número de teléfono adicional: _____

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, epinefrina, 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 intencional 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: _____