

Estudiantes

Formulario de Autorización de Medicamento Escolar

Debe ser completado por los padre(s) o tutor(s) de los niños, un nuevo formulario debe ser completado cada año escolar y mantenerse en la oficina de la enfermera escolar o, en ausencia de una enfermera de la escuela, en el edificio de la oficina del Director.

Nombre del Estudiante: _____ Fecha de Nacimiento: _____
 Dirección: _____
 Teléfono de Casa: _____ Teléfono de Emergencia: _____
 Escuela: _____ Grado: _____ Maestro/a: _____

Debe ser completado por el asistente médico del estudiante, o enfermera de práctica avanzada (APRN) (Nota: para inhaladores de asma solamente, use la sección de abajo **Inhaladores de Asma**):

Nombre impreso del Médico: _____
 Dirección de la oficina: _____
 Teléfono de la oficina: _____
 Nombre del medicamento: _____
 Propósito: _____
 Dosis: _____ Frecuencia _____
 Hora que el medicamento debe ser administrado o bajo qué circunstancias:

Fecha de prescripción: _____ Fecha de orden: _____ Fecha de interrupción: _____

Diagnostico que requieren medicación: _____

¿Es necesario que el medicamento sea administrado durante el día escolar? Si No

Efectos secundarios, si hubiera: _____

Lapso de tiempo para reevaluación: _____

Otro medicamento que el estudiante está tomando: _____

 Firma del Médico

Inhaladores de Asma

Padre(s)/Tutore(s), por favor coloque la etiqueta de receta aquí:

Solamente para los padre(s)/tutore(s) de los estudiantes que necesitan llevar y usar sus medicamentos de asma o un auto-inyector de epinefrina:

Yo autorizo al Distrito Escolar, sus empleados y agentes, que permitan que mi hijo/a lleve consigo y se auto-administre el medicamento de asma o auto-inyector de epinefrina (1) Mientras este en la escuela, (2) Mientras este en una actividad patrocinada por la escuela, (3) Mientras este bajo la supervisión del personal, o (4) antes o después de actividades escolares normales de cuidado operadas en propiedad de la escuela. La Ley de Illinois requiere que el Distrito Escolar informe a los padre(s)/tutore(s) que el Distrito Escolar, empleados y agentes, no incurrirán ninguna responsabilidad, a excepción de conducta deliberada e inmoderada, como resultado de daños derivados por llevar consigo y auto-administrarse medicamento de asma o auto-inyector de epinefrina. (105 ILCS 5/22-30).

Ponga sus iniciales para indicar (a) Recibió esta información, y (b) autorizo que su hijo/a lleve consigo y se auto-administre el medicamento de asma o auto-inyector de epinefrina.

Padre/Tutor

Para todo padre/tutor:

Al firmar abajo, estoy de acuerdo que soy responsable de administrar la medicación a mi hijo. Sin embargo, en caso de que no pueda, o en caso de una emergencia médica por la presente autorizo al Distrito Escolar, sus empleados y agentes, para administrar o tratar de administrar a mi hijo/a, o (que permitan que mi hijo/a se auto-administre medicamento prescrito legalmente en la forma descrita anteriormente en virtud de la Ley Estatal, mientras este bajo la supervisión de los empleados y agentes del Distrito Escolar). **Reconozco que para la administración de medicamentos a mi hijo/a puede llevarla a cabo una persona que no necesariamente sea la enfermera de la escuela y específicamente doy consentimiento a tal práctica, y**

Estoy de acuerdo en indemnizar y mantener indemne al Distrito Escolar, sus empleados y agentes contra cualquier reclamación. Excepto, una reclamación basada en la conducta deliberada e inmoderada, que surjan de la administración o la autoadministración del medicamento del niño.

Nombre impreso del Padre/Tutor

Dirección (Si es diferente de estudiante)

Teléfono: _____ Teléfono de Emergencia: _____

Firma de Padre/Tutor

Fecha

FECHA: