

DISTRITO DE ESCUELAS SECUNDARIAS DEL DISTRITO 214
FORMULARIO DE AUTORIZACIÓN DE MEDICAMENTOS ESCOLARES
AUTORIZACIÓN PARA LA ADMINISTRACIÓN DE MEDICAMENTOS Y
FORMULARIO DE SOLICITUD DE AUTOADMINISTRACIÓN DE INHALADOR PARA EL ASMA O EPIPEN

La póliza del distrito establece que los medicamentos se pueden administrar a los estudiantes solo a petición escrita del médico y los padres del estudiante.

Todos los medicamentos enviados a la escuela deben estar en el paquete original. Los medicamentos recetados deben estar en el envase etiquetado de la farmacia. La etiqueta debe incluir: el nombre del estudiante, el médico, el nombre del medicamento, la dosis y la hora de administrar. Los medicamentos no reclamados al final del año escolar serán desechados.

Este formulario debe completarse y devolverse a la enfermera de la escuela antes de que se pueda administrar el medicamento y debe actualizarse cada año escolar.

PARA SER COMPLETADO POR EL MÉDICO:

Nombre del estudiante: _____ Número de identificación _____

Año escolar: _____ Diagnóstico: _____

Medicamento: _____

Dosis: _____ Tiempo de administración: _____

Posibles efectos adversos: _____

¿Puede el estudiante llevar su propio o autoadministrarse su inhalador para el asma o EpiPen? Sí _____ No _____

Otros medicamentos que el estudiante está recibiendo en casa: _____

Por la presente confirmo mi responsabilidad principal de administrar medicamentos a mi hijo. Sin embargo, en el caso de que no pueda hacerlo, por la presente autorizo a D214 y a sus empleados y agentes, en mi nombre, a administrar o intentar administrar a mi hijo (o permitir que mi hijo se autoadministre, mientras está bajo la supervisión de los empleados y agentes del Distrito Escolar), medicamentos recetados legalmente de la manera descrita. RECONOZCO QUE PUEDE SER NECESARIO QUE LA ADMINISTRACIÓN DE MEDICAMENTOS A MI HIJO SEA REALIZADA POR UNA PERSONA QUE NO SEA UNA ENFERMERA ESCOLAR CERTIFICADA Y DOY MI CONSENTIMIENTO A TALES PRÁCTICAS. Además, reconozco y acepto que, cuando se administra o se intenta administrar un medicamento recetado legalmente, renuncio a cualquier reclamo que pueda tener contra el Distrito Escolar, sus empleados y agentes que surjan de la administración de dicho medicamento. Además, acepto eximir de responsabilidad e indemnizar al Distrito Escolar, contra todos y cada uno de los reclamos, daños, causas de acción o lesiones incurridas o resultantes de la administración o intentos de administración de dicho medicamento.

Firma del médico:

Firma del Padre/Tutor:

Nombre impreso

Relación

Número de teléfono

Fecha