

**THORNTON TOWNSHIP DISTRITO 205**  
**AUTORIZACIÓN DE ADMINISTAR MEDICAMENTOS**

NOMBRE DEL ESTUDIANTE \_\_\_\_\_ FECHA DE NACIMINETO \_\_\_\_\_  
DIRECCIÓN \_\_\_\_\_ NUMERO DE TELÉFONO \_\_\_\_\_  
ESCUELA \_\_\_\_\_ GRADO \_\_\_\_\_  
CONTACTO EN CASO DE EMERGENCIA NOMBRE Y NÚMERO DE TELÉFONO \_\_\_\_\_

---

**I. DEBE SER COMPLETADO POR EL PADRE / GUARDIÁN DEL ESTUDIANTE**

Yo, \_\_\_\_\_, padre/tutor de \_\_\_\_\_ tengo la máxima responsabilidad de administrar medicamentos a mi hijo/a. Sin embargo, en caso de emergencia médica o si es necesario para proteger la salud y/o el bienestar de mi hijo/a, doy toda mi autorización a Municipio de Thornton Distrito 205 (el "Distrito") para que sus empleados y agentes puedan administrar medicación con receta a mi hijo/a o para que permitan a mi hijo auto-administrar medicación con receta siempre que mi hijo/a esté bajo la supervisión de los empleados y agentes del Distrito, medicamento recetado legalmente de la manera descrita a continuación. Reconozco que puede ser necesario que otra persona que no es la enfermera de la escuela administre medicamentos y tratamientos a mi hijo/a y específicamente consiento a tales prácticas Voy a notificar a la escuela, por escrito, si se discontinua dicho(s) medicamento(s) y obtener una orden escrita del médico si se cambia la dosis o el tratamiento. Entiendo que esta autorización de administración de medicamentos sólo es efectivo durante el año escolar \_\_\_\_\_ y necesitará ser renovado cada año escolar subsiguiente.

Además, reconozco y estoy de acuerdo en que, cuando se administran los medicamentos legalmente prescritos, renuncio el derecho de denunciar al Distrito, a sus empleados y agentes derivados de la administración o autoadministración de dicho medicamento independientemente de si la autorización para la auto-administración de medicamentos fue firmado por mí, el padre/tutor del estudiante, o por el médico de mi hijo, asistente médico o la enfermera de práctica avanzada. En adición, acepto que no puedo culpar ni denunciar al Distrito, sus empleados y agentes, de forma conjunta o separada, para daños, lesiones, incluso los honorarios y costos de consultar a un abogado, incurridos o como resultado de la administración o la auto-administración de un medicamento legalmente prescrito cuyo uso está autorizado, a no ser que la denuncia tenga base en la mala conducta, independientemente de si la autorización para la autorregulación de la medicación fue dada por mí, como el padre / guardián del niño, o por el médico de mi hijo, asistente de médico o enfermera registrada de práctica avanzada.

Firma de Padre/ Tutor: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Firma de Padre/ Tutor: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

**II. DEBE SER COMPLETADO POR EL MEDICO LISIENSADO DEL ESTUDIANTE**  
**(Si su hijo/a auto-administra medicamentos para tratar asma, consulte Sección III a continuación)**

Diagnóstico: \_\_\_\_\_ Nombre del Medicamento: \_\_\_\_\_

Dosis: \_\_\_\_\_ Ruta de Administración: \_\_\_\_\_

Tiempo/Circunstancias Cuando la Medicación debe Administrarse: \_\_\_\_\_

Efectos Secundarios: \_\_\_\_\_

Fecha de Prescripción: \_\_\_\_\_ Fecha de Discontinuación: \_\_\_\_\_

Auto-administración de Epinefrina: \_\_\_\_ Si \_\_\_\_ No El estudiante anteriormente nombrado tiene una alergia potencialmente fatal que requiere la administración inmediata de epinefrina y atención médica inmediata. He determinado que es médicamente necesario que lleve consigo un auto-inyector de epinefrina. Se ha enseñado al estudiante las técnicas de la auto-administración del medicamento antes mencionado y es capaz de administrarlo de manera independiente. El estudiante entiende el propósito que tiene la medicación y su responsabilidad de notificar a un miembro del personal del Distrito y de la oficina de salud justo después de auto-administrar epinefrina.

Autoadministración de Medicamentos Para la Diabetes: \_\_\_\_ Si \_\_\_\_ No. El estudiante anteriormente nombrado tiene diabetes comprobado por diagnosis oficial. He determinado que es médicamente necesario que mi hijo/a posea medicamentos para diabetes, el equipo relacionado y los suministros necesarios para controlar y tratar a su condición diabética conforme con su Plan de Acción para Diabetes El estudiante ha sido instruido en la autoadministración de la medicación enumerada arriba y el uso de sus suministros y equipo de la diabetes y es capaz de hacer esto independientemente El estudiante entiende que debe informar al personal de la escuela si experimenta síntomas anormales.

Me puede contactar llamando el siguiente número de teléfono en caso de emergencia:

\_\_\_\_\_  
 Número de teléfono del médico

\_\_\_\_\_  
 Firma del Medico

\_\_\_\_\_  
 Fecha

\_\_\_\_\_  
 Dirección del médico

\_\_\_\_\_  
 Nombre Escrito del Medico

\_\_\_\_\_  
 Fecha

**III. PARA ESTUDIANTES QUE AUTO-ADMINISTRAN MEDICAMENTOS PARA ASMA**  
**DEBE SER COMPLETADO POR EL PADRE / GUARDIAN DEL ESTUDIANTE**

Diagnóstico: \_\_\_\_\_ Nombre del medicamento: \_\_\_\_\_

Dosis: \_\_\_\_\_ Ruta de Administración: \_\_\_\_\_

Tiempo/Circunstancias Cuando la Medicación debe Administrarse: \_\_\_\_\_

Efectos Secundarios: \_\_\_\_\_

Fecha de Prescripción: \_\_\_\_\_ Fecha de Discontinuación: \_\_\_\_\_

Autoadministración de Medicamento Para el Asma: \_\_\_\_ Si \_\_\_\_ No. Se ha determinado que mi hijo/a tiene asma y se le ha proscrito medicamento para el asma por un profesional de salud calificado. Autorizo a mi hijo/a que sostenga sus medicamentos para el asma y autorizo que auto-administre sus medicaciones según prescrito por su médico. El médico de mi hijo/a ha instruido a mi hijo en la autoadministración de su medicamento y ha indicado que mi hijo es capaz de hacerlo de forma independiente. Mi hijo/a comprende la necesidad del medicamento y la necesidad de informar al personal escolar sobre los efectos secundarios inusuales. He proporcionado a la escuela un suministro adicional de su medicamento con una etiqueta de su receta para su uso en el caso de que él / ella se olvida de llevar su medicación para el asma a la escuela en un día en particular.

Firma de Padre/ Tutor: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Firma de Padre/ Tutor: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_