

THORNTON DISTRITO 205

AUTORIZACIÓN DE ADMINISTAR MEDICAMENTOS

ESTUDIANTE NOMBRE _____

FECHA DE NACIMINETO _____

DIRECCIÓN _____

TELÉFONO _____

ESCUELA-

FACULTAD _____ AÑ

O _____

CONTACTO EN CASO DE EMERGENCIA NOMBRE Y NÚMERO DE
TELÉFONO _____

I. LOS PADRES Y/O TUTORES LEGALES DEL ESTUDIANTE TIENEN
QUE COMPLETAR EL SIGUIENTE FORMULARIO

Como _____, padre o 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, doy toda mi autorización a
Thornton Township High Schools District 205 (el "Distrito") para que sus empleados
y agentes puedan administrar medicación con receta a mi hijo 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. Al administrar el medicamento,
se tiene que seguir los pasos descritos a continuación. Reconozco que puede ser
necesario para administrar medicamentos a mi hijo y el tratamiento de la condición de
mi hijo autorizar a otra persona, aparte de la enfermera de la escuela. Esta persona
elegida debe consentir específicamente para administrar medicamentos y todo
relacionado con la administración de medicamentos. Voy a notificar a la escuela, por
escrito, si se discontinua la fabricación de dicho(s) medicamento(s) y obtener una
orden escrita del médico si se cambia la dosis o el tratamiento con
medicamentos. Entiendo que esta autorización de administrar medicamentos sólo es
vigente durante el año escolar _____. Hay que renovar esta autorización
cada año escolar.

Además, reconozco y acepto que, cuando se administran los medicamentos
legalmente prescritos, renuncio el derecho de denunciar al Distrito y a sus empleados
y agentes si se administran o coordinan la auto-administración de dichos

medicamentos, aunque la autorización para la auto-administración de medicamentos pueda haber sido firmado por mí, el padre / tutor del estudiante, o por el médico de mi hijo, asistente médico o la enfermera de práctica avanzada. Además, acepto que no puedo ni 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, intencional o no.

Firma del padre / tutor: _____

Fecha: _____

Firma del padre / tutor: _____

Fecha: _____

II. APARTADO QUE DEBE COMPLETAR EL MÉDICO AUTORIZADO DE ADMINISTRAR MEDICAMENTOS

**(Si su hijo/a auto-administra medicamentos para tratar asma, consulte
Sección III a continuación)**

Diagnóstico: _____ Nombre del
medicamento: _____

Dosis: _____ Vía de administración:

Tiempo / Circunstancias cuando la medicación debe administrarse:

Efectos Secundarios:

Fecha de Prescripción: _____

Caduca: _____

El estudiante auto-administra epinefrina: _____ Si _____ No. El estudiante
anteriormente nombrado tiene una alergia potencialmente fatal que requiere la

administración inmediata de epinefrina y atención médica cuanto antes. He determinado que es médicamente necesario que lleva 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.

El estudiante auto-administra medicamentos para diabetes: _____ Si _____ No. El estudiante tiene diabetes comprobado por diagnosis oficial. He determinado que es médicamente necesario que mi hijo/a posee medicamentos para diabetes, el equipo relacionado y los suministros necesarios para controlar y tratar a su condición diabética conforme con su su Plan para Diabetes. El estudiante entiende el propósito que tiene el medicamento y su responsabilidad de notificar a un miembro del personal del Distrito y de la oficina de salud justo después de auto-administrarlo. El estudiante debe informar al personal de la escuela si experimenta síntomas anormales.

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

Número de teléfono y firma del médico

Dirección y nombre del médico Fecha

III. PARA ESTUDIANTES QUE AUTO-ADMINISTRAN MEDICAMENTOS PARA ASMA

LOS PADRES Y/O TUTORES LEGALES DEL ESTUDIANTE TIENEN QUE
COMPLETAR EL SIGUIENTE FORMULARIO

Diagnóstico: _____ Nombre del
medicamento: _____

Dosis: _____ Vía de Administración:

Tiempo / Circunstancias cuando la medicación debe administrarse:

Efectos Secundarios:

Fecha de Prescripción: _____ Fecha Interrupción:

El estudiante auto-administra medicación para 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 la salud calificado. Autorizo a mi hijo llevar sus medicamentos para el asma y autorizo que auto-administrarse su / su medicación según lo prescrito por su / su médico. El médico de mi hijo ha comunicado las siguientes instrucciones a mi hijo para la auto-administración de su medicación y ha indicado que mi hijo es capaz de administrarla de manera independiente. El estudiante entiende el propósito que tiene el medicamento y su responsabilidad de notificar a un miembro del personal del Distrito y de la oficina de salud justo después de auto-administrarlo. He proporcionado la escuela un suministro adicional del dicho medicamento con una etiqueta que describe su uso en el caso de que él / ella se olvida de llevar su medicación para asma a la escuela.

Firma del padre / tutor: _____

Fecha: _____

Firma del padre / tutor: _____

Fecha: _____