

FORMULARIO DE AUTORIZACIÓN PARA LA MEDICACIÓN EN LA ESCUELA

Para ser llenado por el padre(s) o tutor(es) del estudiante. Se deberá llenar un nuevo formulario cada año escolar.

Estudiante: _____ Fecha de nacimiento: _____

Domicilio: _____ Teléfono: _____

Escuela: _____ Grado: _____

Información de emergencia-Nombre: _____ Teléfono: _____

Yo, _____ padre o tutor de _____

Por medio de la presente autorizo al Distrito 131 de Escuelas Públicas del Este de Aurora, a sus empleados y a sus representantes para que en mi nombre y en mi lugar, le administren a mi hijo(a) o le permitan a mi hijo(a) auto-administrarse medicamentos legalmente recetados de la manera descrita abajo. Yo solicito y autorizo al Distrito Escolar y a sus empleados o representantes, que le permitan a mi hijo(a) o pupilo de poseer y usar su medicamento para el asma y/o epinefrina auto inyectable: (1) en la escuela, (2) en la actividades auspiciadas por la escuela, (3) bajo la supervisión de personal escolar, o (4) antes o después de las actividades normales escolares, tales como en la escuela o bajo el cuidado de personal después se la escuela, en la propiedad escolar.

Las leyes en Illinois requieren que el Distrito Escolar informe a los padres o tutores que este, y sus empleados y agents, no incurrirán en responsabilidad, a excepción de la conducta deliberada y arbitraria, como resultado de cualquier daño derivado de la auto administración de la medicina de un estudiante o de la epinefrina auto inyectable (105 ILCS 5/22-30). Además reconozco y estoy de acuerdo que, cuando el medicamento prescrito es legalmente administrado, yo renuncio a cualquier/todos los reclamos que pudiera tener en contra del distrito escolar, sus empleados y representantes a consecuencia de la administración de dichos medicamentos a excepción de una conducta arbitraria y deliberada. Asimismo, estoy de acuerdo en indemnizar, ya sea conjuntamente o por separado, al Distrito Escolar, a sus empleados y sus representantes, por todos los reclamos y daños, por los derechos de acción o perjuicios y pagar incluso los honorarios razonables de abogado y los costos de defense que como resultado de la auto-administración del medicamentos o de la administración de dichos medicamentos para el estudiante.

Mi hijo(a) entiende la necesidad de su medicamento y el correcto uso para él o ella.

Inhalador / EpiPen (marquw concirculo el apropiado) y podría tenerlo consigo mismo durante el día escolar.

Si _____ NO _____

Firma de uno de los padres

Fecha

Firma de uno de los padres

Fecha

Ambos padres o tutores deberán firmar, si estuvieran disponibles

PARA SER LLENADO POR EL MEDICO TRATANTE DEL ESTUDIANTE

Nombre del medicamento: _____ Dosis: _____ Hora: _____

Duración de la adminstración: _____

Tipo de enfermedad o malestar: _____

¿Se debe administrar este medicamento Durante el día escolar para poder permitir al estudiante que asista a la escuela?

Si _____ NO _____ **¿Este medicamento tiene efectos secundarios? YES _____ NO _____**

Si la respuesta es SI, por favor especifique: _____

Los estudiantes demuestran conocimeitno en la administración de EpiPen y podrían llevarlo con ellos durante el día escolar. Si _____ NO _____

Nombre del Doctor: (Letra imprenta por favor) _____ Firma del Doctor: _____

Dirección: _____ Fecha: _____

Numero de teléfono: _____ Numero de teléfono por emergencia: _____