



Llene este formulario SÓLO si desea tener en la escuela medicamento disponible para su hijo/a. Debe proporcionar los medicamentos que su hijo/a tome. El médico y el padre de familia o tutor del niño DEBEN completar el presente formulario en su totalidad y firmarlo. El consentimiento de autoadministración de medicamentos tiene vigencia solamente durante el año escolar en el que se otorga.

## AUTORIZACIÓN Y PERMISO PARA ADMINISTRAR MEDICAMENTOS

### Sección I: Esta sección debe ser completada por el padre de familia o tutor

Nombre del alumno: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_  
Dirección: \_\_\_\_\_  
Teléfonos de emergencia: Casa: \_\_\_\_\_ Trabajo: \_\_\_\_\_ Celular: \_\_\_\_\_  
Escuela: \_\_\_\_\_ Grado: \_\_\_\_\_

### Sección II: Esta sección debe ser completada por el médico (Esta declaración puede ser firmada por un asistente del médico o por una enfermera titulada de práctica avanzada que haya recibido tal autoridad por un médico supervisor o colaborador).

- Nombre/tipo del medicamento: \_\_\_\_\_
- ¿Se recetó el medicamento para una afección asmática? \_\_\_\_\_
- ¿Se recetó el medicamento para anafilaxia? \_\_\_\_\_
- Dosis/cantidad a administrar: \_\_\_\_\_
- Vía de administración: \_\_\_\_\_
- Frecuencia y hora de administración: \_\_\_\_\_
- Duración (semana, mes, hasta el fin del año escolar en curso): \_\_\_\_\_
- Diagnóstico, efecto indicado y reacción anticipada al medicamento (síntomas, efectos secundarios, etc.): \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_
- Otro medicamento (s) que el alumno reciba: \_\_\_\_\_
- Otros requisitos o circunstancias especiales: \_\_\_\_\_
- ¿Se debe administrar este medicamento al estudiante los días de clases a fin de que pueda asistir a la escuela? [ ] Sí [ ] No
- ¿Está autorizada la autoadministración por el alumno, bajo supervisión? \_\_\_\_\_
- Sólo para medicamento para asma o el inyector de epinefrina\*.**  
¿Está autorizada la autoadministración por el alumno, sin supervisión? [ ] Sí [ ] No

*\*De acuerdo con la ley de Illinois y con consentimiento de los padres de familia, un alumno al que se recete un medicamento para el asma o un autoinyector de epinefrina puede portar y usar su medicamento para el asma mientras se encuentra en la escuela o en actividades patrocinadas por la escuela, sin supervisión del personal del Distrito.*

El alumno ha demostrado y entiende el uso apropiado del medicamento para el asma. \_\_\_\_\_ ¿sí?

El alumno ha demostrado y entiende el uso apropiado del autoinyector de epinefrina. \_\_\_\_\_ ¿sí?

Firma del médico: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_ Teléfono #: \_\_\_\_\_

### Parte III- Solicitud y aprobación de los padres de familia

Por medio de la presente solicito y doy permiso al personal de Glenview School District #34 para que [marque una opción]: [ ] administre a mi hijo/a o [ ] permita que mi hijo/a se autoadministre medicamento de acuerdo con las instrucciones anteriores. Entiendo que la administración del medicamento por parte del personal escolar puede llevarla a cabo una persona que no sea enfermera escolar titulada y certificada, y yo acepto específicamente este hecho. Además renuncio a presentar demandas contra el Distrito Escolar, los miembros de la Junta de Educación, sus empleados y representantes, ya sea en conjunto o individualmente, por cualquier responsabilidad, reclamación, demanda, daños o causas o lesiones, costos y gastos, inclusive honorarios de abogado que resulten o surjan de la administración o autoadministración del medicamento. Con respecto a la autoadministración del medicamento para el asma por parte del alumno, esta renuncia e indemnización no son aplicables para actos intencionales y premeditados en la medida que la ley exija.

#### Sólo para medicamento para el asma o el inyector de epinefrina

Doy mi consentimiento para que mi hijo/a lleve consigo y se autoadministre medicamento para el asma o epinefrina sin supervisión: [ ] sí [ ] no

Firma del padre de familia o tutor: \_\_\_\_\_ Teléfono # \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_