



Llene este formulario SÓLO si desea tener en la escuela medicamento disponible para su hijo/a. Debe proporcionar toda la medicina que su hijo 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 estudiante: _____ Fecha de nacimiento: _____

Dirección: _____

Teléfonos de emergencia: Casa: _____ Trabajo: _____ Teléfono celular: _____

Escuela: _____ Grado: _____

Parte II: Esta sección debe ser completada por el médico (Esta declaración puede ser firmada por un asistente del médico o una enfermera titulada de práctica avanzada que haya recibido tal autoridad delegada 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(s) medicamento(s) que el alumno reciba: _____
- Otros requisitos o circunstancias especiales: _____
- ¿Se debe administrar este medicamento durante el día escolar a fin de que el estudiante pueda asistir a la escuela? [] Sí [] No
- ¿Está autorizada la autoadministración por el alumno, bajo supervisión? _____
- Sólo para medicamentos 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 el consentimiento de los padres, 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 estudiante ha demostrado y entiende el uso apropiado de la medicina 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 del Distrito Escolar Glenview N.º 34 para que [marque una opción]: [] administre a mi hijo/a o [] permita que mi hijo/a se autoadministre medicamentos 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 reclamaciones contra el Distrito Escolar, los miembros de la Junta de Educación, sus empleados y agentes, ya sea en conjunto o individualmente, de y por cualquiera y toda responsabilidad, reclamaciones, demandas, daños o causas de acción o lesiones, costos y gastos, inclusive honorarios de abogado que resulten o surjan de la administración o de la autoadministración del medicamento. Con respecto a la autoadministración de la medicina para el asma por parte del estudiante, esta exoneración e indemnificación no son aplicables a actos intencionales y premeditados en el grado requerido por la ley.

Sólo para medicamentos para el asma o el autoinyector de epinefrina:

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

Firma del padre de familia o tutor: _____ Teléfono # _____ Fecha _____