



DECLARACIÓN DE LA NORMA SOBRE EL MEDICAMENTO PARA EL ASMA Y/O INYECTOR DE EPINEFRINA

De la escuela: _____

Fecha: _____

Estimados padres de familia o tutores:

La escuela _____ recibió su solicitud de autoadministración de _____, medicamento para asma, para su hijo/a _____, un autoinyector de epinefrina, para su hijo/a _____.

La ley del estado requiere que informemos por escrito a los padres de familia o tutores del alumno que el Distrito Glenview N.º 34 y sus empleados y representantes no incurrirán en responsabilidad alguna, excepto en el caso de conducta intencional y premeditada, resultante de cualquier lesión que surja de la autoadministración del medicamento por parte del alumno.

Antes de que podamos permitir que su hijo/a, _____ se autoadministre el medicamento, debemos pedirle que firme y nos devuelva una copia de este documento.

El permiso de autoadministración de medicamentos es vigente durante el año escolar para el cual se otorga y puede renovarse cada año escolar subsiguiente, después de cumplir los requisitos descritos arriba. El alumno que necesite un autoinyector de epinefrina o padezca asma puede portar y usar su medicamento mientras se encuentre en la escuela, en una actividad patrocinada por la escuela, mientras se encuentre bajo la supervisión del personal escolar, o antes o después de las actividades normales de la escuela, como por ejemplo cuando se encuentre bajo cuidado antes o después del horario escolar en una instalación operada por la escuela. Recomendamos que proporcione a la escuela una dosis extra del medicamento en caso de que su hijo/a olvide o pierda su medicamento.

Yo, _____ padre o tutor de _____, reconozco que el Distrito N.º 34 o la escuela _____ y sus empleados y representantes no incurrirán en responsabilidad alguna, excepto en el caso de una conducta intencional y premeditada, resultante de cualquier lesión que surja de la autoadministración del medicamento por el alumno cuyo nombre aparece arriba. Yo eximo y libero de responsabilidad al distrito escolar o a la escuela pública o no pública así como a sus empleados y representantes contra cualquier reclamación, excepto una reclamación con base en una conducta intencional y premeditada, que surja de la autoadministración de medicamento por el alumno.

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

Testigo: _____ Fecha: _____
Director de la escuela, Oficina de Salud o persona designada por la escuela