Steger School District 194
Administration Center • 3753 Park Avenue • Steger, Illinois 60475
(708) 753-4300 *Phone* • (708) 755-9512 *Fax* • www.sd194.org

FORMA DE AUTORIZACIÓN PARA MEDICAMENTOS

NOMBRE DE ESTUDIANTE _____ FECHA DNACIMIENTO_____

DIRECCION _____ NUMERO DE TELEFON_____

ESCUELA _____ GRAD_____

NOMBRE Y NUMERO DE TELÉFONO DE CONTACTO EN CASO DE EMERGENCIA:
_____

I. DEBE SER COMPLETADO POR EL PADRE/GUARDIÁN DEL ESTUDIANTE

Yo, _____, Padre/Guardián de_____
soy responsable de administrar medicamentos a mi hijo. Sin embargo, en una emergencia médica o si es necesario para la críticas de salud y el bienestar de mi hijo, por la presente autorizo El Distrito Escolar de Steger 194, y sus empleados y agentes, en mi nombre y en mi lugar, para administrar a mi hijo o permitir que mi hijo a administrarse bajo la supervisión de los empleados y agentes de Distrito de 194,legalmente le recetó medicamento de la manera referida en esta forma. Reconozco que puede ser necesario para la administración de la medicación de mi hijo y el tratamiento de la condición de mi hijo a realizar por una persona que no sea la enfermera de la escuela y específicamente el consentimiento de estas prácticas. Notificaré a la escuela por escrito si la medicación si se impide y obtendrá una orden escrita del médico si se cambia la dosis de medicación o tratamiento. Entiendo que esta autorización de medicación sólo es efectiva para el año escolar de _____ y tendrá que ser renovado cada año escolar posterior.

Reconozco y acepto que, cuando así se administra la medicación prescrita legalmente, renuncio a cualquier reclamación que pudiera tener en contra de Distrito Escolar de Steger 194, sus empleados y agentes, provenientes de la administración o auto administración de dicho medicamento, independientemente de si la autorización para la autoadministración de la medicación fue dado por mí, como padres del niño, o por el médico de mi hijo, asistente médico, o enfermera de práctica avanzada. Además, estoy de acuerdo en indemnizar y mantener inofensivo Distrito Escolar de Steger 194, sus empleados y agentes, ya sea conjuntamente o separadamente, de y contra cualquier y todo reclamo, daños, causas de acción o de lastimes, incluyendo honorarios de abogados razonables y costos en defensa, incurridos o resultantes de la administración o auto administración de dicho medicamento, excepto una reclamación basan en una conducta intencional o cierto , independientemente de si la autorización o la autoadministración de la medicación fue dado por mí, como padres del niño, o por el medico de mi hijo, asistente médico o enfermera de práctica avanzada.

Imprime Nombre de Padre/Guardián _____ Fecha _____

Firma de Padre/Guardián _____ Fecha _____

II. DEBE SER COMPLETO POR EL PRESCRIBIDOR/MEDICO CON LICENCIA
(Menos un estudiante que se trata Auto - Administración medicamentos para el asma, Consulte la Sección III)

Diagnóstico: _____ Nombre del Medicamento: _____
Dosificación: _____ Acceso de Administración:_____
Hora/Circunstancias cuando se Debe Administrar Medicación:_____
Efectos Secundarios:_____ Fecha de la Prescripción: _____ Fecha de la Discontinuación: _____

Voltee a la Página y Completa Página 2

DK/MP 11/2019

Steger School District 194
Administration Center • 3753 Park Avenue • Steger, Illinois 60475
(708) 753-4300 *Phone* • (708) 755-9512 *Fax* • www.sd194.org

Auto-Administración de Epinefrina: ___Si ___ No. Los estudiantes mencionados tienen una alergia vida mortal que médicamente requiere la administración inmediata de epinefrina seguida por atención médica de emergencia. He determinado que es médicamente necesario para este niño llevar un auto inyector de epinefrina. El estudiante ha sido instruido en la autoadministración de los medicamentos mencionados y es capaz de administrar la medicación independientemente. El estudiante entiende la necesidad de la medicación y la necesidad de notificar a un miembro del personal y la oficina de salud inmediatamente después de la autoadministración del auto inyector de epinefrina.

Auto-Administración de Medicación para la Diabetes: ___ Sí ___ No. Los estudiantes mencionados han sido diagnosticados con diabetes. He determinado que es médicamente es necesario para que este niño tenga su medicación para la diabetes y el equipo y suministros necesario para monitorear y tratar su condición diabética en virtud de su Plan de Cuidado de Diabetes. El estudiante ha sido instruido en la autoadministración de los medicamentos mencionados y el uso de sus equipos y suministros de diabetes y es capaz de hacerlo independientemente. El estudiante entiende la necesidad de la medicación y la necesidad de informar al personal de la escuela cualquier efecto secundario anormal.

Puedo ser contacto en el siguiente número de teléfono en caso de una reacción a la medicación o una emergencia.

_____ _____
Número de Teléfono del Médico Firma del Médico Fecha

_____ _____
Dirección del Médico Imprimir Nombre del Médico Fecha

III. PARA ESTUDIANTES CON AUTO-ADMINISTRACION DE MEDICAMENTOS DE ASMA SOLAMENTE DEBE SER COMPLETADO POR EL PADRE/GUARDIAN DEL ESTUDIANTE

Diagnóstico: _____ Nombre del Medicamento: _____

Dosificación: _____ Acceso de Administración: _____

Hora/Circunstancia cuando se Debe Administrar Medicación: _____

Efectos Secundarios: _____

Fecha de la Prescripción: _____ Fecha de la Discontinuación: _____

Auto-Administración de Medicamentos para el Asma: ___Si ___ No. Mi hijo ha sido diagnosticado con asma y se le ha recetado medicamentos para el asma por un Calificado Profesional de Salud. Autorizo que mi hijo lleva sus medicamentos para el asma y a administrarse su medicación como lo prescrito por su médico. Nuestro Médico de mi hijo ha dado instrucciones a mi hijo en el auto-administración de su medicación y ha indicado que mi hijo es capaz de hacerlo independientemente. Mi hijo entiende la necesidad de la medicación y la necesidad de informar al personal de la escuela cualquier efecto secundario anormal. He proporcionado la escuela un suministro adicional de su medicamento con una pompa de la prescripción para su uso en caso de que él o ella se olvidan de traer sus medicamentos para el asma a la escuela en un día en particular.

Imprima Nombre de Padre/Guardián _____ Fecha _____

Firma de Padre/Guardián _____ Fecha _____