



AUTORIZACION PARA LA AUTOADMINISTRACION DE MEDICAMENTO DE EMERGENCIA PARA EL ASMA/ALERGIAS

PARTE A: *Padres/Tutores a Completar-para estudiantes K-12*

Nombre del Estudiante: _____ Fecha de Nacimiento: _____ Escuela: _____ Grado: _____

El estudiante arriba mencionado ha sido informado sobre la autoadministración de medicamentos, y por la presente doy mi permiso para que el/ella se administre el medicamento según lo ordenado los medicamentos listados abajo. Entiendo que es mi responsabilidad proporcionar este medicamento. Entiendo que la escuela no tiene ninguna responsabilidad por cualquier problema que resulte de la autoadministración del medicamento y estoy de acuerdo en liberar a la escuela, sus empleados y agentes de cualquier responsabilidad relacionada con la autoadministración de dicho medicamento.

También entiendo que es necesario y autorizo que se realice la comunicación adecuada entre el profesional de salud de la escuela y el medico que prescribe el tratamiento en cuestión, incluida la información correspondiente:

- La prescripción o tratamiento en si (por ejemplo, preguntas sobre la dosis, el método de administración, las posibles interacciones entre medicamentos, el tamaño del catéter para la inserción de emergencia en la vía de una sonda de gastrostomía desalojada).
- La aplicación del tratamiento en la escuela (por ejemplo, cuestiones relativas a la seguridad, al control de las infecciones, o modificaciones en el orden del tratamiento relacionadas con el entorno escolar o el horario académico del estudiante)
- Los resultados del tratamiento en los estudiantes (por ejemplo, preguntas sobre los efectos secundarios observados, posibles reacciones adversas, observaciones de cambios de comportamiento en el aula), y
- Otras cuestiones pertinentes relacionadas con el diagnostico, la condición o el tratamiento del estudiante.

Firma Padres/Tutores

Padres (Nombre Impreso)

Fecha de Hoy

Parte B: *A ser completado por el Medico a cargo*

Medicamento	Propósito	Dosis	Hora / Frecuencia
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____

Condición y circunstancias de uso: _____

Tiempo que el medicamento será administrado: _____

Firma del Medico

Medico (Nombre Impreso)

Fecha de Hoy

Número de teléfono del Medico

Parte C: *A completar la enfermera de la escuela*

Revisión de la orden y el procedimiento con el alumno por parte de la enfermera escolar.

Completado _____

Fecha de Revision

DEVOLVER A ENFERMERA DE LA ESCUELA