



AUTHORIZACIÓN PARA AUTO MEDICACIÓN
Medicamentos de Emergencia para Asma/Alergia
 AUTHORIZATION FOR SELF MEDICATION
PARTE A: Para Completar el Padre – para estudiantes K-12

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

El estudiante mencionado arriba ha sido instruido en la auto administración de medicamentos y yo por la presente doy permiso para que él/ella se administre en la escuela los medicamentos alistados abajo. Yo entiendo que es mi responsabilidad suministrar este medicamento. Yo reconozco que la escuela no incurre en responsabilidad por algún daño resultante de la auto administración de medicamentos y acepto indemnizar a la escuela y sus empleados y agentes como libres de culpa por cualquier reclamo relacionado con la auto administración de tal medicamento.

Yo también reconozco la necesidad y doy permiso para la comunicación apropiada entre el profesional de salud de la escuela y el médico que prescribe lo relacionado al tratamiento específico en cuestión, incluyendo la comunicación concerniente: 1. la prescripción o tratamiento en sí mismo (ej., preguntas respecto a la dosis, método de administración, potencial interacción de la droga, tamaño del catéter para inserción de emergencia en el conducto de un tubo de desalojo de una gastrostomía); 2. Implementación del tratamiento en la escuela (ej., preguntas relacionadas con preocupaciones de seguridad, asuntos de control de infecciones, o modificaciones en el pedido de tratamiento que tienen que ver con el ambiente escolar o con el horario académico del estudiante); 3. Resultados del tratamiento del estudiante (ej., preguntas relacionadas a los efectos secundarios observados, posibles reacciones adversas, observación de cambios de conducta en el salón de clases); 4. y otros asuntos pertinentes relacionados con el diagnóstico del estudiante, condición o tratamiento.

Firma del Padre

Padre (Nombre en imprenta)

Fecha de Hoy

Parte B: _____ (Para Completar el Padre)

| Medicamento | Propósito | Dosis | Hora/ Frecuencia |
|-------------|-----------|-------|------------------|
| _____ | _____ | _____ | _____ |
| _____ | _____ | _____ | _____ |
| _____ | _____ | _____ | _____ |

Condiciones & Circunstancias Especiales para usar: _____

Duración del tiempo de administración de la medicación: _____

Firma del Médico

Médico (Nombre en imprenta)

Fecha de Hoy

Número de Teléfono del Médico

Parte C: _____ (Para Completar la Enfermera Escolar)

La Enfermera de la Escuela Revisa la orden y procedimiento con el estudiante. Completado _____

Fecha de Revisión