

AUTORIZACIÓN PARA LA ADMINISTRACIÓN PERSONAL DE MEDICAMENTOS EN LA ESCUELA

Para ser completado por el(los) padre(s)/encargado(s) del niño. Un nuevo formulario debe ser completado cada año escolar. Se debe mantener en la enfermería o, en caso de que no haya una, en la oficina del director o directora de la escuela.

NOMBRE DEL ESTUDIANTE _____ FECHA DE NAC. _____

PADRE/ENCARGADO _____ NÚM. DE TELÉFONO _____

DIRECCIÓN _____ GRADO/ESCUELA _____

I. PARA SER COMPLETADO POR EL MÉDICO

Debe ser completado por el médico del estudiante, un asistente médico, o una enfermera practicante avanzada:

(Nota: para inhaladores de asma solamente, use la sección de "Inhaladores de asma" que aparece abajo):

Medicamento _____ Modo de administración _____ Dosis _____

Tiempo/Frecuencia/Circunstancias en que se debe administrar _____

Diagnóstico del estudiante _____

Posible efecto(s) secundario(s) _____

Efectos deseados de la medicina _____

Fecha de la receta _____ Fecha de expiración _____

NOMBRE DEL MÉDICO (LETRA DE MOLDE) FIRMA FECHA

DIRECCIÓN TEL. DE OFICINA TEL. DE EMERGENCIA

Autoadministración de epinefrina: ____ Sí ____ No. El estudiante identificado anteriormente sufre de una alergia que pone en riesgo su vida y puede necesitar la administración inmediata de epinefrina seguido de atención médica de emergencia. Yo certifico que el estudiante ha sido instruido en la administración del medicamento identificado arriba y es capaz de administrar la medicina por su cuenta. Yo certifico que el estudiante entiende cuándo debe emplear el medicamento y la necesidad de notificar a un miembro del personal y a la oficina de salud inmediatamente después de administrarse la epinefrina con el autoinyector.

Autoadministración de medicamento para la diabetes: ____ Sí ____ No. El estudiante identificado anteriormente ha sido diagnosticado con diabetes. Yo he determinado que es médicamente necesario que este niño monitoree y trate su condición diabética durante el día escolar o en actividades relacionadas con la escuela. Yo certifico que el estudiante ha sido instruido en la administración del medicamento identificado arriba y en el uso de su equipo y suministro diabético. Yo certifico que el estudiante entiende la cuándo debe emplear el medicamento y la necesidad de informar al personal escolar si detecta efectos secundarios raros. Certifico que el estudiante es capaz de hacer lo siguiente por su cuenta:

- Verificar el nivel de glucosa en la sangre
- Administrar insulina
- Tratar hipoglucemia e hiperglucemia y atender al cuidado y manejo de su diabetes
- Tener consigo en todo momento los materiales y el equipo necesarios para monitorear y tratar la diabetes (por ejemplo, glucómetros, lancetas, tira reactiva, insulina, jeringuillas, inyector de insulina y agujas, bomba de insulina, equipo de infusión, gaza con alcohol, equipo de administración, tabletas de glucosa).

II. MEDICAMENTO PARA EL ASMA

Para que el estudiante pueda poseer y administrarse medicamento para el asma, se requiere una declaración escrita por el médico del estudiante, un asistente del médico, o enfermero practicante avanzado. El/Los padre(s)/encargado(s) deben anexar la receta aquí, la cual debe incluir el nombre del medicamento, la dosis recetada y la hora/circunstancias en que se debe administrar el medicamento.

[Adjunte receta aquí]

III. POSEER MEDICAMENTO PARA EL ASMA O INYECTOR DE EPINEFRINA

Solo para padres/encargados que autorizan al estudiante a llevar medicamento para el asma o un inyector de epinefrina:

Al firmar, yo, _____, padre/encargado de _____, autorizo al DEIP 204 y sus empleados y agentes permitir a mi niño a poseer y autoadministrarse su medicamento para el asma y/o usar el inyector de epinefrina: (1) en la escuela, (2) en una actividad de la escuela, (3) mientras esté bajo la supervisión de personal de la escuela, o (4) antes o después de actividades escolares normales. Por este medio acepto que los empleados, oficiales y agentes del DEIP 204 no incurrirán responsabilidad, excepto en caso de conducta intencional o maliciosa, como resultado de cualquier daño producido por la autoadministración de medicamentos o el uso de un inyector de epinefrina por parte de mi niño independientemente de mi autorización, como padre/encargado, o de la autorización del médico, asistente médico o enfermero registrado avanzado. Por este medio exoneró e indemnizó al DEIP 204, sus oficiales, empleados y agentes, juntos o separados, de y en contra de cualquier y todas las reclamaciones, daños, causas de acción o daños ocurridos, incluyendo gastos y honorarios razonables de abogados incurridos en defensa de dichas acciones, excepto en reclamos basados en conducta intencional y maliciosa relacionada con o como resultado de la autoadministración de medicamentos o el uso del inyector de epinefrina de mi niño, independientemente de mi autorización, como padre/encargado, o de la autorización del médico, asistente médico, o enfermero registrado avanzado. (105 ILCS 5/22-30).

Padre/encargado (letra de molde)

Firma

Fecha

IV. PARA SER COMPLETADO POR UN PADRE O ENCARGADO DEL ESTUDIANTE

Para todos los padres/encargados:

Al firmar, yo, _____, padre/encargado de _____, confirmo que he revisado y entiendo la Política del Distrito Escolar IP 204 relacionada con la autoadministración de medicamentos en la escuela. Entiendo que soy primordialmente responsable por administrar medicamentos a mi niño. Sin embargo, en caso de una emergencia médica o por el bienestar y la salud de mi niño, por este medio autorizo a mi niño a administrarse en mi lugar medicamentos recetados legalmente en la manera descrita anteriormente según la ley del Estado, bajo la supervisión de los empleados y agentes del DEIP 204. Notificaré a la escuela por escrito si se discontinúa el medicamento y obtendré una orden por escrito si la dosis o el tratamiento del medicamento cambia. Entiendo que esta autorización de medicación solo es efectiva para el actual año escolar y que necesitar ser renovada cada año escolar.

Entiendo que quizás sea necesario que otra persona que no es la enfermera de la escuela tenga que administrar el medicamento a mi niño y específicamente autorizo dicha práctica. También entiendo y acepto que cuando el medicamento es autoadministrado desistirá cualquier reclamo contra el DEIP 204, sus empleados y agentes, relacionado con la autoadministración de dicho medicamento. Además, acepto exonerar e indemnizar al DEIP 204, sus empleados y agentes, juntos o separados, de cualquier y todas las reclamaciones, daños, causas de acción o daños ocurridos, incluyendo gastos y honorarios razonables de abogados incurridos en defensa de dichas acciones, excepto en reclamos basados en conducta intencional y maliciosa relacionada con o como resultado de la administración o autoadministración de dicho medicamento, independientemente de mi autorización, como padre/encargado, o de la autorización del médico, asistente médico o enfermero practicante registrado.

Firma de padre/encargado _____ Fecha _____