



**Padre o tutor:**

Ambas páginas de este formulario deben completarse antes de la administración de cualquier medicamento de acuerdo con la política del distrito y la orientación de la Junta de Educación del Estado de Illinois.

Todos los medicamentos proporcionados a la escuela deben ser:

- En su envase original de prescripción, etiquetado con el nombre del estudiante, el médico que prescribe, el nombre del medicamento, la dosis, la vía de administración, la hora de administración y el nombre de la farmacia O
- En el envase original del fabricante, si se trata de un medicamento sin receta.
- El padre/tutor u otro adulto responsable debe llevar cualquier medicamento a la oficina de salud de la escuela.
- Los medicamentos no pueden estar caducados.

Nombre del estudiante: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_

---

**Para ser completado por el médico:**

Solo se administrarán medicamentos recetados por un médico y necesarios para la salud y el bienestar del estudiante. Indique si este medicamento debe tomarse durante la jornada escolar. Sí  No

Medicamento: \_\_\_\_\_ Dosis: \_\_\_\_\_

Vía: \_\_\_\_\_ Frecuencia: \_\_\_\_\_ Programado  PRN

Instrucciones específicas adicionales: \_\_\_\_\_

Diagnóstico/Indicación/Efecto previsto: \_\_\_\_\_

Posibles efectos secundarios: \_\_\_\_\_

Otros medicamentos que está tomando el estudiante: \_\_\_\_\_

Duración del pedido: Año escolar actual u otro: (especifique la duración) \_\_\_\_\_

**Medicamentos de emergencia:** Epinefrina o inhalador: (el médico, asistente médico o enfermero profesional debe poner sus iniciales a continuación):

\_\_\_\_\_ El estudiante puede llevar consigo o administrarse él mismo su medicamento de emergencia. He instruido al estudiante sobre la administración de este medicamento y he comprobado que puede administrarlo por sí solo. (Se recomienda guardar medicamentos de reserva en la enfermería de la escuela).

**Prescriptor autorizado:**

Nombre del prescriptor: \_\_\_\_\_ (impreso)      Número de teléfono: \_\_\_\_\_

Firma: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Fecha de la orden: \_\_\_\_\_



**Autorización de los padres/tutores para medicamentos escolares**

Nombre del estudiante: \_\_\_\_\_ Grado: \_\_\_\_\_ Año escolar: \_\_\_\_\_

Al firmar a continuación, acepto que soy el principal responsable de administrar los medicamentos a mi hijo/a. Sin embargo, en caso de que no pueda hacerlo o en caso de una emergencia médica, por la presente autorizo al Distrito Escolar 34 de Glenview y a sus empleados y agentes, en mi nombre, a administrar o intentar administrar a mi hijo/a (o a permitir que mi hijo/a se los autoadministre, de conformidad con la ley estatal, bajo la supervisión de los empleados y agentes del Distrito Escolar), medicamentos legalmente recetados, de la manera descrita anteriormente. Esto incluye la administración de inyecciones no designadas de epinefrina, albuterol o antagonistas opioides a mi hijo/a cuando se crea de buena fe que está teniendo una reacción anafiláctica, un ataque de asma o una sobredosis de opioides, independientemente de si conozco o no dichas reacciones. Título 105 ILCS 5/22-30, modificado por las Leyes Públicas 99-480, 100-726 y 100-799, en vigor desde el 1-1-19. Reconozco que puede ser necesario que la administración de medicamentos a mi hijo sea realizada por una persona que no sea una enfermera escolar certificada y registrada, y doy mi consentimiento específico para dichas prácticas.

Acepto indemnizar y eximir de responsabilidad al Distrito 34, sus miembros, sus empleados y agentes contra cualquier reclamación, excepto una basada en conducta deliberada e imprudente, derivada de la administración o la autoadministración de medicamentos por parte del niño. En caso de que se le administre un autoinyector de epinefrina a mi hijo, reconozco y entiendo que el personal del distrito escolar llamará al 911 para alertar a los servicios de emergencia.

- Acepto notificar a la escuela sobre cualquier cambio en la medicación para la condición de mi hijo.
- Entiendo que tendré que recoger las dosis no utilizadas del medicamento al final del año escolar. Los medicamentos no utilizados no se enviarán a casa con mi hijo/a y se destruirán si no se recogen antes del último día de clases.

Firma del padre/tutor: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Número(s) de teléfono del tutor: \_\_\_\_\_

**Acuerdo entre padres/tutores que autoriza el porte y la autoadministración de Medicamentos para el asma o autoinyector de epinefrina**

**Antes de que se le permita a su hijo llevar o administrarse medicamentos por sí solo, debemos pedirle que firme a continuación:** Estoy de acuerdo con la declaración del proveedor anterior y, por lo tanto, autorizo al Distrito 34 de Glenview, a sus empleados y agentes, a permitir que mi hijo/a porte y/o se autoadministre el medicamento mencionado (1) en la escuela, (2) durante una actividad patrocinada por la escuela, (3) bajo la supervisión del personal escolar, o (4) durante las actividades escolares normales, como el cuidado antes o después de la escuela en instalaciones escolares. La ley de Illinois exige que el distrito escolar informe a los padres/tutores que ni él ni sus empleados y agentes incurrir en responsabilidad alguna, salvo por conducta deliberada e imprudente, como resultado de cualquier lesión derivada de la portación y autoadministración de medicamentos para el asma o autoinyectores de epinefrina por parte de un estudiante (105 ILCS 5/22-30, modificado por las Leyes Públicas 99-480, 100-726 y 100-799, vigentes a partir del 1-1-19).

El permiso para la autoadministración de medicamentos entra en vigor durante el año escolar en que se otorga y se renovará cada año escolar subsiguiente, una vez cumplidos los requisitos descritos anteriormente. Le recomendamos que proporcione una dosis adicional del medicamento para que se guarde en la escuela si su hijo/a olvida o pierde su medicamento.

*Su firma a continuación indica la recepción de la información anterior, así como la autorización para que su hijo lleve y use su medicamento para el asma o su autoinyector de epinefrina.*

Firma del padre/tutor: \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

Testigo: \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

**El estudiante deberá completar la siguiente sección (para portar personalmente):**

Estoy de acuerdo con:

1. Demuestre el uso correcto del inhalador o autoinyector de epinefrina con un capacitador al personal de la oficina de salud de la escuela.
2. Nunca comparta mi medicamento con otra persona
3. Notificar a un adulto responsable si no hay mejoría en mi respiración después de usar mi inhalador O
4. Notificar inmediatamente a un adulto responsable si uso mi autoinyector de epinefrina.

Firma del estudiante \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_