



AUTORIZACIÓN PARA ADMINISTRACIÓN DE MEDICAMENTOS

Padre/madre o tutor:

Ambas páginas de este formulario deben completarse antes de la administración de cualquier medicamento de acuerdo con la política y orientación del distrito 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 ruta, el tiempo a administrar y el nombre de la farmacia **Q**
- En el **paquete original del fabricante**, si es un medicamento sin receta.
- El padre / tutor u otro **adulto responsable debe traer cualquier medicamento a la oficina de salud de la escuela.**

Nombre del estudiante: _____ Fecha de nacimiento: _____

Para ser completado por el/la médico/a:

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

Medicación: _____ Dosis: _____

Ruta: _____ Frecuencia: _____ Programado PRN

Instrucciones específicas adicionales: _____

Diagnóstico / Indicación / Efecto previsto: _____

Efectos secundarios posibles _____

Otros medicamentos que el estudiante está tomando: _____

Duración del pedido: año escolar actual u otro: (especificar duración) _____

Medicamentos de emergencia: Epinefrina o inhalador: (MD / PA / NP debe inicializarse a continuación):

_____ **El estudiante puede llevar consigo / autoadministrarse sus medicamentos de emergencia.**

He dado instrucciones al estudiante sobre la administración de este medicamento y descubro que puede administrar este medicamento de forma independiente. (Se recomienda que los medicamentos de “respaldo” se almacenen en la oficina de salud de la escuela).

Prescriptor con licencia:

Nombre del prescriptor: _____ Número de teléfono: _____
(printed)

Firma: _____ Fecha de pedido: _____



Autorización del padre / tutor para tomar medicamentos en la escuela

Al firmar a continuación, acepto que soy el principal responsable de administrar medicamentos a mi hijo. Sin embargo, en caso de que no pueda hacerlo o en caso de una emergencia médica, autorizo al Distrito Escolar 34 de Glenview y sus empleados y agentes, en mi nombre, a administrar o intentar administrar a mi hijo (o permitir que mi hijo se auto-administre de conformidad con la ley estatal, bajo la supervisión de los empleados y agentes del Distrito Escolar), recetó medicamentos de manera legal de la manera descrita anteriormente. Esto incluye la administración de inyectores de epinefrina no designados, albuterol u antagonistas opioides a mi hijo cuando se cree de buena fe que mi hijo está teniendo una reacción anafiláctica, un ataque de asma o una sobredosis de opioides, ya sea que yo sepa o no estas reacciones. 105 ILCS 5 / 22-30, modificado por P.A.s 99-480 y 100-726 y 100-799 eff 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 tales prácticas, y.

Estoy de acuerdo en indemnizar y eximir de responsabilidad al Distrito 34, a los miembros y sus empleados, y a los agentes contra cualquier reclamo, excepto un reclamo basado en una conducta intencional y sin sentido, que surja de la administración o la autoadministración de medicamentos del niño.

En caso de que se administre un autoinyector de epinefrina a mi hijo, reconozco y entiendo que el personal del distrito escolar llamará al 9-1-1 para alertar a los servicios de emergencia.

Estoy de acuerdo en notificar a la escuela sobre cualquier cambio en la medicación para la condición de mi hijo.

Entiendo que tendré que recoger cualquier dosis no utilizada del medicamento al final del año escolar. Los medicamentos no utilizados no serán enviados a casa con mi hijo y serán destruidos si no los recoge el último día de clases.

Firma del Padre/Madre/Tutor: _____ Fecha: _____

Número (s) de teléfono del tutor: _____

Acuerdo del padre / tutor que autoriza el transporte propio / la administración del medicamento para el asma o el inyector automático de epinefrina

Antes de que a su hijo se le permita llevar / administrar medicamentos, 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 y sus empleados y agentes a permitir que mi hijo lleve y / o administre el medicamento mencionado anteriormente (1) en la escuela, (2) mientras está en un actividad patrocinada por la escuela, (3) bajo la supervisión del personal de la escuela, o (4) durante o antes de las actividades normales de la escuela, como durante el cuidado antes o después de la escuela en la propiedad operada por la escuela. La ley de Illinois requiere que el distrito escolar informe a los padres / tutores legales que ellos, y sus empleados y agentes, no incurren en ninguna responsabilidad, excepto por una conducta intencional y desenfrenada, como resultado de cualquier lesión derivada de la carga del estudiante. y la autoadministración de medicamentos para el asma o autoinyector de epinefrina (105 ILCS 5 / 22-30, enmendado por los PA 99-480 y ambos 100-726 y 100-799 ef. 1-1-19)

El permiso para la autoadministración de medicamentos es efectivo para el año escolar en el que se otorga y se renovará cada año escolar posterior una vez que se cumplan los requisitos descritos anteriormente. Le recomendamos que proporcione una dosis adicional de la medicación para mantenerla en la escuela en caso de que su hijo olvide o pierda su medicación.

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 el autoinyector de epinefrina.

Firma del Padre/Madre/Tutor: _____ Fecha: _____

El testigo: _____ Fecha: _____

El estudiante debe completar la siguiente sección (para llevar consigo):

I agree to:

1. Demuestre el uso correcto del inhalador o autoinyector de epinefrina usando un entrenador 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 mejora mi respiración después de usar mi inhalador **Q**
4. Notifique de inmediato a un adulto responsable si uso mi autoinyector de epinefrina.

Firma del estudiante: _____ Fecha: _____