

**AUTORIZACIÓN PARA PORTAR MEDICAMENTOS DE EMERGENCIA
POR PARTE DE ESTUDIANTES DE UCPS**

Nombre del estudiante: _____

Fecha de nacimiento: _____

Medicamento: _____

Para _____

Eligibilidad: Solo estudiantes con diagnóstico de asma, diabetes y/o alergias graves que puedan requerir medicamentos de rescate recetados (inhalador, glucagon, insulina, epi-pen, Benadryl).

- - - - -

Proveedor de atención médica: Este estudiante es capaz de y ha sido instruido sobre cómo llevar/cargar y, si aplica, administrar este medicamento como se indica en el formulario de consentimiento del medicamento (tanto la técnica correcta como los intervalos de dosis). Por favor, permítale que lo lleve solo durante el horario escolar o actividades. En caso de una emergencia, este estudiante puede necesitar la ayuda de un miembro del personal de la escuela en la administración de este medicamento.

Firma del Proveedor de Atención Médica/fecha _____

Padre / Tutor: Doy mi consentimiento a las Escuelas Públicas del Condado Unión para permitir que mi hijo lleve consigo y, cuando corresponda, se auto administre este medicamento en la escuela. Entiendo que mi hijo y yo asumimos la responsabilidad del uso adecuado y la custodia de este medicamento. Proporcionaré medicamentos adicionales para que se mantengan en la escuela. Absuelvo a la Junta de Educación del Condado Unión y a sus agentes y empleados de toda responsabilidad que puedan resultar de que mi hijo lleve este medicamento en la escuela.

Firma del Padre/fecha _____

Estudiante: Soy capaz de llevar este medicamento como se recomienda y acepto esta responsabilidad. Lo mantendré seguro en todo momento y no lo compartiré con otros. Entiendo que estaré sujeto a medidas disciplinarias si se comparten medicamentos. Informaré a un adulto cuando utilice el epi-pen o Benadryl, o si uso un inhalador y no alivia los síntomas.

Firma del estudiante/Fecha _____

Enfermera Escolar: He revisado esta solicitud y estoy de acuerdo en que este estudiante debe ser capaz de portar este medicamento de manera segura y, cuando corresponda, auto administrarse este medicamento.

Firma de la enfermera de la escuela/Fecha _____