

**AUTHORIZACIÓN PARA ESTUDIANTES DE UCPS PARA LLEVAR CONSIGO
MEDICAMENTOS DE EMERGENCIA**

Nombre del Estudiante: _____ Fecha de Nacimiento: _____

Medicamento: _____ para _____

Elegibilidad: Solamente estudiantes diagnosticados con asma, diabetes y/o alergias severas que puedan requerir medicamentos de rescate prescritos por un médico (ej., inhalador, glucagón, insulina, epinefrina, dosis de antihistamínico).

- - - - -

Proveedor de Servicios Médicos: Este estudiante es capaz de y ha sido instruido sobre cómo llevar y, si corresponde, administrarse este medicamento como se indica en el formulario de consentimiento del medicamento (tanto la técnica correcta como los intervalos de dosis). Permítale que lo lleve solo durante el horario escolar o las 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 Médico / fecha _____

Padres/Tutor Legal: Yo doy mi consentimiento a las Escuelas Públicas del Condado Unión para permitir que mi hijo lleve consigo y se administre a si mismo este medicamento en la escuela. Entiendo que mi hijo y yo asumimos la responsabilidad del uso adecuado y la custodia de este medicamento. Yo proveeré a la escuela otro medicamento como respaldo. Yo absuelvo a la Junta de Educación del Condado Unión y sus agentes y empleados de cualquier responsabilidad que pueda resultar de que mi hijo lleve este medicamento en la escuela.

Firma del padre/madre / fecha _____

El estudiante: Soy capaz de llevar este medicamento según lo recomendado 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. Le informaré a un adulto cuando use epi-pen o benadryl, o si uso un inhalador y no alivia los síntomas.

Firma del estudiante/fecha _____

Enfermera de la Escuela: He revisado esta petición y estoy de acuerdo que este estudiante será capaz de transportar y, cuando corresponda, auto administrarse este medicamento de manera segura.

Firma de la Enfermera/fecha _____