

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

Nombre del Estudiante _____ Fecha de Nac. _____

Medicamento _____ para _____

Elegibilidad: Solamente estudiantes con asma, diabetes y/o alergias severas que quizás requieran medicamentos de rescate (i.e., inhalador, gulgagon, epi-pen).

Proveedor de Servicios Médicos: Este estudiante es capaz de y ha sido instruido en cómo llevar consigo y de si lo requiere, auto administrarse este medicamento como se indica en la forma de consentimiento del medicamento (ambas formas la de técnica correcta de administración y los intervalos en la dosis). Por favor permítale a él/ella llevar consigo el medicamento durante horas de clase o actividades escolares. En caso de una emergencia, este estudiante puede necesitar la ayuda de un empleado de la escuela para la administración de este medicamento.

Firma del Medico y fecha _____

Padres/Tutor Legal: Yo doy mi consentimiento a las Escuelas Públicas del Condado Unión para permitir que mi hijo/hija lleve consigo y se administre a si mismo/misma este medicamento en la escuela. Comprendo que mi hijo/hija y asumo la responsabilidad de que hará uso apropiado y que mantendrá la seguridad de este medicamento. Yo proveeré a la escuela otro medicamento como respaldo. Yo absuelvo al Consejo de Educación del Condado Unión y sus agentes y empleados de cualquier responsabilidad que pueda resultar de mi hijo/hija lleve consigo este medicamento en la escuela.

Firma del padre/madre y fecha _____

El estudiante: Yo soy capaz de llevar consigo este medicamento como se recomienda y acepto esta responsabilidad. Yo lo mantendré en lugar seguro todo el tiempo y no lo compartiré con otros. Comprendo que estaré sujeto/sujeta a acciones disciplinarias si el medicamento es compartido. Le informaré a un adulto cuando tenga que usar el medicamento.

Firma del estudiante/fecha _____

Enfermera de la Escuela: He revisado esta petición y estoy de acuerdo que este estudiante será capaz de llevar consigo y de requerirlo, auto administrarse este medicamento.

Firma de la Enfermera/fecha _____