

Distrito Escolar 161 de Flossmoor

**AUTORIZACIÓN MÉDICA Y SOLICITUD DE AUTOADMINISTRACIÓN DE
MEDICAMENTOS AUTOINYECTORES DE EPINEFRINA DE EMERGENCIA
(EPI-PEN)**

Nombre del Estudiante	Escuela/Grado
-----------------------	---------------

Fecha de Nacimiento	Domicilio
---------------------	-----------

Numero de telefono	Contacto de emergencia/número de teléfono
--------------------	---

Estado de Salud: _____
(*Diagnosis*)

Estoy solicitando que el estudiante mencionado anteriormente tome los siguientes medicamentos según lo prescrito a continuación durante el horario escolar (incluso antes o después de las actividades escolares normales, mientras esté en una actividad patrocinada por la escuela y bajo la supervisión del personal de la escuela):

Nombre del Medicamento/Tipo de Medicamento

Proposito del Medicamento

Horario(s) de administrar el medicamento

Circunstancias Especiales Bajo las Cuales se Administrará la Medicina

Posibles Efectos Secundarios

Certifico que _____ **ha sido instruido en el uso y**
(nombre del estudiante)
autoadministración de _____
(nombre del medicamento)

Él / Ella entiende la necesidad de la medicación y la necesidad de informar al personal de la escuela cualquier efecto secundario inusual. Él / Ella es capaz de usar este medicamento de forma independiente.

Firma del Prescriptor	Fecha
------------------------------	--------------

Nombre del Prescriptor	Número de teléfono del Prescriptor
-------------------------------	---

Domicilio del Prescriptor

Distrito Escolar 161 de Flossmoor

**AUTORIZACIÓN DE LOS PADRES PARA LA AUTOADMINISTRACIÓN DE MEDICAMENTOS
AUTOINYECTORES DE EPINEFRINA DE EMERGENCIA (EPI-PEN)**

Nombre del Estudiante: _____
(apellido, nombre, inicial del segundo nombre)

Fecha de Nacimiento: _____

Escuela/Grado: _____

Fecha: _____

Las siguientes pautas se aplicarán a la autoadministración del medicamento autoinyector de epinefrina de emergencia (epi-pen) de un estudiante:

- 1. El médico/prescriptor firmó una autorización con fecha para administrar el medicamento, estableciendo el nombre y el propósito del medicamento, la dosis prescrita, horario de administración y cualquier otra información especial relacionada con la administración.**
- 2. Autorización firmada y con fecha por el padre (tutor) para administrar el medicamento.**
- 3. El medicamento se encuentra en el envase de prescripción original etiquetado como dispensar o en el envase etiquetado por el fabricante.**
- 4. La etiqueta del medicamento recetado contiene el nombre del estudiante, el nombre del medicamento, la dosis prescrita, el momento o las circunstancias en las que se administra el medicamento.**
- 5. El Distrito Escolar 161 de Flossmoor y sus empleados y agentes no deben incurrir en ninguna responsabilidad, excepto por conducta intencional y gratuita, como resultado de cualquier lesión que surja de la autoadministración de medicamentos por parte del estudiante.**

Por la presente reconozco que soy el padre y / o tutor legal del estudiante mencionado anteriormente y que soy el principal responsable de administrar medicamentos a mi hijo. Sin embargo, en caso de que no pueda hacerlo, por la presente autorizo al Distrito Escolar 161 de Flossmoor a permitir que mi hijo se autoadministre su medicamento autoinyector de epinefrina de emergencia (epi-pen) legalmente recetado durante lo siguiente: (1) mientras está en la escuela; (2) mientras esté en una actividad patrocinada por la escuela; (3) mientras esté bajo la supervisión del personal de la escuela; y (4) antes o después de las actividades escolares normales.

Además, reconozco y acepto que el Distrito Escolar 161 de Flossmoor y sus empleados y agentes no deben incurrir en ninguna responsabilidad, excepto por la conducta intencional y gratuita de cualquiera de dichas partes, como resultado de cualquier lesión que surja de la autoadministración de mi hijo de medicamentos de emergencia para autoinyectables de epinefrina (epi-pen). Además, reconozco y acepto que, en ausencia de una conducta intencional y gratuita por parte del Distrito Escolar 161 de Flossmoor y sus empleados y agentes, renuncio a cualquier reclamo que pueda tener contra dichas partes que surjan de la autoadministración de dicho medicamento por parte de mi hijo. Además, aceptó indemnizar y eximir de responsabilidad al Distrito Escolar 161 de Flossmoor y sus empleados y agentes, ya sea conjunta o individualmente, excepto los reclamos basados en una conducta intencional y gratuita en nombre de dichas partes, de y contra todos y cada uno de los reclamos, daños, causas de acción o lesiones incurridas o resultantes de la autoadministración de dicho medicamento por parte de mi hijo.

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

Número de Teléfono: _____

Distrito Escolar 161 de Flossmoor

**ACUERDO DEL ESTUDIANTE PARA LLEVAR
MEDICAMENTOS AUTOINYECTORES DE EPINEFRINA DE EMERGENCIA (EPI-PEN)**

Para llevar medicamentos, el estudiante debe demostrar la capacidad de:

Indique la importancia de mantener un almacenamiento seguro de los medicamentos en la escuela, incluido el transporte de medicamentos.

Indique la importancia de no permitir que otros estudiantes usen el medicamento.

Indique el nombre, la dosis y la frecuencia del medicamento.

Indique el propósito/razón/síntoma para usar el medicamento.

Si a su hijo(a) le recetaron un epi-pen, se recomienda que se guarde un epi-pen adicional en la oficina de salud de la escuela en caso de que se pierda el epi-pen que lleva.

Firma del Estudiante: _____ **Fecha:** _____

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