

## 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.**

<b>Firma del Prescriptor</b>	<b>Fecha</b>
------------------------------	--------------

<b>Nombre del Prescriptor</b>	<b>Número de teléfono del Prescriptor</b>
-------------------------------	---

\_\_\_\_\_  
**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:** \_\_\_\_\_