



## Autorización por escrito para la autoadministración de medicamentos para el asma por parte de niños menores de edad en la escuela

Nombre: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_ Grado: \_\_\_\_\_

Yo, \_\_\_\_\_, padre/madre/tutor legal del estudiante mencionado anteriormente, por la presente solicito autorización por autoadministración y posesión de medicamentos para el asma por parte de este estudiante mientras estaba en la escuela, en un actividad, mientras esté bajo la supervisión del personal de la escuela, y mientras esté bajo cuidado antes o después de la escuela en centros operados por la escuela. propiedad. El estudiante demuestra comprensión completa del uso adecuado de su medicamento para el asma.

### Entiendo que:

- el distrito escolar y sus empleados y agentes no incurrirán en responsabilidad por: a) cualquier lesión al estudiante causada por su autoadministración de medicamentos, excepto por lesiones causadas por mala conducta deliberada o sin sentido; b) el uso, mal uso, uso excesivo o uso negligente o fallido de su medicamento para el asma por parte del estudiante; y c) medicamentos para el asma y dispositivos para el asma perdidos, extraviados, obsoletos, inaccesibles, vacíos o defectuosos.
- la escuela puede optar por exigir la supervisión de la administración de medicamentos en caso de que el estudiante no demuestre el uso apropiado o la técnica adecuada con los medicamentos para el asma.
- la escuela tiene la autoridad para hacer cumplir las reglas y consecuencias por comportamiento inapropiado demostrado por el estudiante en asociación con la posesión y/o autoadministración de medicamentos para el asma, y la escuela tiene la autoridad para exigir la supervisión del uso de medicamentos como apropiado para la seguridad de todos los estudiantes y el personal.

### Asumo la responsabilidad exclusiva de:

- el control de los medicamentos para el asma, el uso de medicamentos y el resurtido de las recetas de medicamentos para el asma, ya que la escuela no será responsable de la supervisión, el registro y el control de los medicamentos para el asma autoadministrados.
- asegurarse de que el estudiante siempre lleve consigo su medicamento para el asma.
- decidir si respaldo el medicamento se mantendrá en la escuela y se proporcionará a la escuela el medicamento de respaldo.
- informar al personal de la escuela por escrito sobre cualquier cambio en el tratamiento del estudiante o en el manejo del asma.
- informar a la escuela de cualquier exacerbación del asma, visitas al hospital y/o información médica del estudiante nueva o modificada.
- informar al personal de la escuela por escrito sobre cualquier efecto secundario del medicamento que justifique la comunicación al padre/tutor
- coordinar la distribución del manejo del asma del estudiante y un plan de emergencia al personal de la escuela (trabajador de salud escolar, maestros, educadores físicos, entrenadores, conductor de autobús, personal de antes y después de la escuela).

**Entiendo y acepto las condiciones de la política del sistema escolar. Autorizo a la escuela a buscar tratamiento médico de emergencia para el estudiante cuando se considere necesario y apropiado. Acepto la responsabilidad legal en caso de que el medicamento sea mal utilizado o dado o tomado por una persona que no sea el estudiante mencionado anteriormente. Libero el Sistema Escolar y sus empleados y agentes de cualquier responsabilidad legal relacionada con la posesión y autoadministración del estudiante mencionado anteriormente de su medicamento para el asma.**

\_\_\_\_\_  
Firma del padre/tutor legal

\_\_\_\_\_  
Fecha

Yo, \_\_\_\_\_, el estudiante mencionado anteriormente, he recibido instrucciones sobre el uso adecuado de mi medicamento recetado para el asma y entiendo completamente cómo y cuándo usar este medicamento. Siempre llevaré mi medicamento conmigo y no permitiré que otro estudiante use mi medicamento bajo ninguna circunstancia. Entiendo y estoy de acuerdo con los términos de la política de la escuela.

\_\_\_\_\_  
Firma del estudiante

\_\_\_\_\_  
Fecha

El estudiante mencionado anteriormente ha sido instruido y demuestra comprensión del uso adecuado de su medicamento para el asma. Es mi opinión profesional que se le permita al estudiante llevar y autoadministrarse su medicamento para el asma. Le he proporcionado al padre/tutor un plan de manejo/emergencia de asma por escrito., incluyendo el nombre, el propósito, la dosis y las instrucciones de administración del medicamento para el asma.

\_\_\_\_\_  
Firma del proveedor de atención médica

\_\_\_\_\_  
Fecha