



Autorización por escrito para la autoadministración de EpiPen®, EpiPenJr.® u otros autoinyectores de epinefrina de Minor Children at School

Nombre del estudiante: _____ Fecha de nacimiento: _____ Calificación: _____

I, _____, padre/tutor legal del estudiante mencionado anteriormente, por la presente solicita autorización para autoadministración y posesión de EpiPen® y EpiPenJr.® u otros autoinyectores de epinefrina por parte de este estudiante mientras está en escuela, en una actividad patrocinada por la escuela, mientras esté bajo la supervisión del personal de la escuela y mientras esté en cuidado antes o después de la escuela en propiedad operada por la escuela. El estudiante demuestra plena comprensión del uso adecuado de su medicamento para la alergia

Entiendo que:

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

Asumo la responsabilidad exclusiva de:

- el seguimiento de los medicamentos para la alergia, el uso de medicamentos y el reabastecimiento de recetas para la alergia medicamento ya que la escuela no será responsable de la supervisión, registro y seguimiento de la alergia autoadministrada medicamento.
- asegurarse de que el estudiante siempre lleve su medicamento para la alergia en su persona. • decidir si la medicación de respaldo se mantendrán en la escuela y proporcionarán a la escuela la respaldo medicamento.
- informar al personal de la escuela por escrito de cualquier cambios en el tratamiento del estudiante o manejo de alergias.
- informar a la escuela de cualquier exacerbación de alergias, visitas al hospital y/o información médica del estudiante nueva o modificada.
- informar al personal de la escuela por escrito de cualquier efecto secundario del medicamento que justifique la comunicación al padre/tutor.
- coordinar la distribución del manejo de alergias del estudiante y un emergencia plan al personal de la escuela (trabajador de salud escolar, maestros, educadores físicos, entrenadores, conductor de autobús, y antes y después de la escuela personal.

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 si el medicamento se usa indebidamente o se administra, o tomado por una persona que no sea el estudiante mencionado anteriormente. Libero al Sistema Escolar y a sus empleados y agentes de cualquier responsabilidad legal relacionada con la posesión y autoadministración de su medicamento para la alergia por parte del estudiante mencionado anteriormente.

Firma del padre/tutor legal

Fecha

I, _____, el estudiante antes mencionado, he recibido instrucciones sobre el uso adecuado de mi medicamento recetado para la alergia 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 la alergia. Él es mi opinión profesional que se le permita al estudiante llevar y autoadministrarse su medicamento para la alergia. He provisto el padre/tutor con un plan de manejo/emergencia de alergia por escrito, incluyendo el nombre, el propósito, la dosis y la administración instrucciones del medicamento para la alergia.

Firma del proveedor de atención médica

EsoEs