



# **Student Health Services**

Servicios de Salud Estudiantil

**Autorización para que los alumnos puedan llevar consigo un inhalador prescrito, *EpiPen*, u otra medicina aprobada \***

\_\_\_\_\_ (*nombre del alumno*) necesita llevar consigo su inhalador prescrito con la etiqueta correspondiente, epipen, insulina y/o la siguiente medicina que le fue recetada \_\_\_\_\_.

Me han enseñado el uso correcto de mi medicina prescrita y comprendo completamente cómo se administra. Voy a llevar mi medicina conmigo, todo el tiempo, y no voy a permitir que otro alumno la use, bajo ninguna circunstancia. Comprendo que si otro alumno llegara a usar mi medicina, esto podría alterar el privilegio que tengo de llevarla conmigo. Acepto, también, la responsabilidad de notificar a la enfermera escolar o al asistente de enfermería cada vez que tome mi medicina.

\_\_\_\_\_  
**Firma del alumno**

\_\_\_\_\_  
**Fecha**

*(Recomendamos que cada alumno mantenga en la enfermería de la escuela un segundo inhalador prescrito, epipen, insulina adicional u otra medicina prescrita para urgencias, por si hay una emergencia, y por si se lo/la llegara a olvidar o perder).*

-----  
**Para que complete el padre/madre/tutor legal**

Por la presente solicito que el alumno mencionado anteriormente, de quien tengo la custodia legal, pueda llevar consigo y usar en la escuela esta medicina prescrita:

- Acepto la responsabilidad legal si la medicina se pierde, o no se encuentra inmediatamente disponible, o es dada a otra persona o tomada por otra persona que no sea el alumno mencionado con anterioridad.
- Comprendo que en el caso de que esto último llegara a ocurrir, podría alterarse el privilegio de llevar consigo la medicina.
- Eximo al Sistema Escolar del condado de Fulton y sus empleados de toda responsabilidad legal cuando el alumno mencionado se administre su propia medicina.
- Por haberse completado este formulario los Servicios de Salud Estudiantil están autorizados para discutir esta orden/pedido de medicación con el médico que lo prescribió, en el caso de que resultase necesario.

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

\_\_\_\_\_  
**Fecha**

**Profesional médico y padres/tutores legales: Por favor vean el reverso para mayor información e instrucciones adicionales**

**Para que complete el profesional médico**

**Nombre de la medicina y propósito:**

---

---

---

**Dosis prescripta:**

---

---

**Instrucciones para la administración/Otras instrucciones adicionales:**

---

---

---

**Efectos secundarios:**

---

---

---

\_\_\_\_\_

**Fecha del médico**

**Fecha**

**Nombre del médico (*por favor en imprenta*):** \_\_\_\_\_

**Teléfono para contactarlo:** \_\_\_\_\_

-----

**Para que lo complete el padre/madre/tutor legal**

**Nombres y números de teléfonos para contactar en caso de emergencia:**

---

---

---

**\*Otra medicina aprobada – se definirá así a la medicina prescripta utilizada con propósitos de urgencia y/o medicina aprobada por los Servicios de Salud Estudiantil, en colaboración con el profesional médico del alumno.**

**El Sistema Escolar del condado de Fulton se reserva el derecho de procurar tratamiento médico de urgencia para el alumno cuando resulte necesario y adecuado.**

**Este formulario sólo tiene validez durante el año escolar en que se otorgó la autorización; se podrá otorgar autorizaciones subsiguientes, en cualquier año escolar, según lo establecido en esta política.**

\_\_\_\_\_  
**Firma de la enfermera/asistente/enfermera para casos especiales**

\_\_\_\_\_  
**Fecha**  
*Actualizado 7/09*