



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 prescrita:

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 prescrita 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 06/08