

## **Servicios de Salud para el estudiante**

### **Autorización para que los estudiantes puedan llevar consigo el inhalador con prescripción, EpiPen, Insulina, o cualquier otro medicamento autorizado**

\_\_\_\_\_ (estudiante) necesita llevar consigo la siguiente prescripción:  
inhalador, epipen, insulina y/o el medicamento \_\_\_\_\_ debidamente etiquetado. El  
estudiante arriba mencionado ha sido entrenado para usar adecuadamente el medicamento y  
entiende completamente cómo administrarlo.

(Nosotros recomendamos altamente que el estudiante tenga una segunda prescripción del inhalador, epipen,  
insulina adicional o cualquier medicamento con prescripción en la clínica de la escuela en el caso de que haya una  
emergencia y la primera haya sido perdida u olvidada en la casa).

### **Por favor lea el reverso de esta planilla para obtener informacion adicional.**

#### **(Personal de salud y padres/representante)**

Yo he sido informado y entrenado en el uso apropiado del medicamento que debo usar bajo prescripción  
médica y entiendo completamente como administrado. Yo tendre el medicamento conmigo todo el  
tiempo. Bajo ninguna circunstancia permitiré que otro estudiante use mi medicamento. También entiendo  
que si otro estudiante usa mi prescripción esto afectará el privilegio de llevar conmigo mi medicamento.  
Asi mismo acepto, la responsabilidad de notificar a la enfermera o a la asistente de la clínica de la escuela  
cada vez que tome el medicamento.

---

Firma del estudiante

Fecha

Certifico que el estudiante arriba mencionado, sobre el cual tengo la custodia legal, tiene permiso para  
llevar consigo y usar en la escuela el medicamento con prescripción medica:

- Acepto la responsabilidad legal si el medicamento se pierde y/o es tomado por otra persona  
diferente al estudiante arriba mencionado.
- Entiendo que si esto ocurre, el privilegio de cargar el medicamento puede verse alterado.
- Libero de toda responsabilidad legal a los empleados del Sistema Escolar del Condado de  
Fulton cuando el estudiante arriba mencionado se administre su propia medicina.
- Al llenar esta planilla autorizo al “Departamento de Salud del Estudiante” a discutir esta  
solicitud con el médico indicado.

---

Firma del padre / representante

Fecha

**Por favor vea el reverso de esta página**

**Para ser llenado por el medico /personal de salud:**

Nombre del medicamento y objetivo:

---

---

Dosis prescrita:

---

---

Instrucciones para su administración / otras instrucciones especiales:

---

---

---

---

Efectos secundarios:

---

---

---

---

Firma del medico

Fecha

Oficina/número de teléfono \_\_\_\_\_

**Para ser llenada por el padre/representante:**

Números para contactar en caso de emergencia:

---

---

---

\*Otros medicamentos autorizados- deben ser definidos como medicamentos usados en caso de emergencia y/o medicamentos aprobados por los Servicios de Salud del Estudiante en colaboración con los el médico del estudiante.

El sistema escolar del Condado de Fulton se reserva el derecho de buscar tratamiento médico para el estudiante cuando lo considere necesario y apropiado. Esta forma es efectiva para ser utilizada sólo durante el año escolar en la cual ha sido autorizada, sin embargo otras autorizaciones podrán ser garantizadas en cualquier año escolar de acuerdo a esta póliza.

\_\_\_\_\_  
Firma de la Asistente de la Clínica / enfermera de la escuela

\_\_\_\_\_  
Fecha