



Forma de Permiso para Administrar Medicamento

Nombre de Estudiante: _____ Fecha de Nacimiento: _____
 Direccion: _____
 Nombre de Escuela: _____ Grado: _____ Maestra(o): _____

Como padre/guardián, entiendo que la póliza del distrito dice ser que, el medicamento no debe de ser administrado al estudiante en la escuela cuando está involucrado(a) en las actividades de la escuela, a menos que el medicamento sea crítico para la salud y bienestar del estudiante. El medicamento administrado en la escuela debe de ser administrado sólo por una enfermera escolar certificada, una enfermera registrada, algún miembro del personal delegado por la enfermera, un administrador, o si es apropiado el/la estudiante puede administrar el medicamento solo(a) durante las horas escolares. Esta póliza está en línea con la Ley Pública de Illinois 91-719 y la Ley de Práctica de Enfermeras de Illinois 2018. Renuncio a alguna demanda en contra de CCSD93, su Junta Educativa, y miembros individuales, y sus empleados que surgen de la administración por este medicamento. Además, yo acepto mantener indemne e indemnizar a CCSD93, su empleados y agentes, ya sea en conjunto o en varios, de algunos y todas demandas, daños, causas de acciones o lesiones o resultado de la administración o atentados a la administración por el medicamento.

Yo entiendo que el medicamento deberá de ser llevado a la escuela por mi mismo o un adulto designado en el contenedor original con la etiqueta que dice el nombre del estudiante, el nombre del doctor, el nombre del medicamento y dosis, y las instrucciones explícitas de administración de medicamento.

Yo entiendo que se le asistira a mi hijo(a) en tomar su medicamento(s) por personas autorizadas o que se otorgara el medicamento el/ella solo(a) cómo está autorizado por mi y el/la doctor(a) y como se encuentra hacia abajo. También estoy dando permiso en compartir información médica relevante y relacionada a este medicamento entre la escuela y la oficina del doctor.

| | | |
|--------------------------------|------------------------------------|--------------|
| Firma de Padre/Guardián | Número de Teléfono Primario | Fecha |
|--------------------------------|------------------------------------|--------------|

Para el padre/guardián del estudiante que carga por sí mismo(a) albuterol o epinephrine:
 Yo autorizo de que CCSD93 y sus empleados permitan que mi hijo(a)/pupilo(a) cargue y administre por sí mismo(a) su medicamento de emergencia cuando en la escuela, en las actividades que patrocine la escuela (adentro y afuera del campus) mientras debajo de la supervisión de personal de la escuela y sus agentes. La ley de Illinois requiere que CCSD93 le notifique a los padres/guardianes de que él y sus empleados y agentes no incurrirá en ninguna responsabilidad o en alguna lesión que saldrá de la administración de medicamento por sí mismo(a) de el/la estudiante (105ILCS 5/22-30), excepto por intencional y desquitulada mala conducta. La firma de doctor y padre/guardián son requeridos para que el/la estudiante cargue y administre su auto-inyector de epinephrine. Solo la firma de padre/guardián se necesita para el inhalador albuterol. La Oficina de la Enfermera debe de tener una copia de la etiqueta más reciente de la farmacia para el medicamento que se administran por sí mismo(a). Iniciales: _____

Provider to complete page 2

Iniciales de Enfermera/fecha: _____

Rev. 5/2020



Forma de Permiso para Administrar Medicamento

Nombre de Estudiante: _____

1. Must this medication be administered during the school day in order to address the student's medical condition that may arise in school? YES / NO

Medication Name: _____ Dose: _____

Purpose/Diagnosis: _____ Frequency: _____

Effects: _____

Additional instructions: _____

Is the student able to self-carry/self-administer medication (Epinephrine only)? YES / NO

Physician Signature/Printed name Date

Office address Office phone number Office fax number

2. Must this medication be administered during the school day in order to address the student's medical condition that may arise in school? YES / NO

Medication Name: _____ Dose: _____

Purpose/Diagnosis: _____ Frequency: _____

Effects: _____

Additional instructions: _____

Is the student able to self-carry/self-administer medication (Epinephrine only)? YES / NO

Physician Signature/Printed name Date

Office address Office phone number Office fax number

3. Must this medication be administered during the school day in order to address the student's medical condition that may arise in school? YES / NO

Medication Name: _____ Dose: _____

Purpose/Diagnosis: _____ Frequency: _____

Effects: _____

Additional instructions: _____

Is the student able to self-carry/self-administer medication (Epinephrine only)? YES / NO

Physician Signature/Printed name Date

Office address Office phone number Office fax number

Iniciales de Enfermera/fecha: _____

Rev. 5/2020