

Año Escolar: _____

Fecha de vencimiento del medicamento: _____

**ACUERDO PARA QUE LOS ESTUDIANTES LLEVEN SUS PROPIOS MEDICAMENTOS
(MEDICAMENTOS DE EMERGENCIA: INHALADORES, EPI-PENS)**

Nombre del estudiante: _____ Grado: ____ Fecha de nacimiento: _____ Escuela: _____

Medicación: _____ Dosificación: _____ Ruta: _____

Razón por la que se prescribe la medicación: _____

Firma del Proveedor de Atención Médica Autorizado

Este estudiante es capaz de, y ha sido instruido en, cómo llevar por sí mismo y, en su caso, administrar esta medicación según las indicaciones. Por favor, permítale llevar esta medicación durante el horario escolar. En caso de emergencia, este estudiante puede necesitar la ayuda de un miembro del personal escolar para la administración de este medicamento.

Firma del Proveedor de Atención Médica Autorizado

Fecha

Permiso de los Padres/Tutores

Yo, _____ estoy de acuerdo en que mi estudiante _____
_____ puede llevar por sí mismo la medicación de emergencia, pero necesita ayuda para administrarla
_____ puede llevar consigo y autoadministrarse la medicación de emergencia

Como padre/tutor de este estudiante, asumo la responsabilidad de cualquier reacción adversa que este medicamento pueda causar a mi estudiante. Entiendo que la escuela y sus empleados no son responsables de ninguna lesión que surja de la posesión y/o autoadministración de este medicamento por parte de mi estudiante. Entiendo que debo proporcionar a la escuela una medicación de emergencia de reserva para que se mantenga en la escuela en un lugar accesible en caso de emergencia.

Doy permiso para que la escuela y el proveedor de atención médica de mi estudiante se comuniquen y compartan cualquier formulario necesario por fax. Entiendo que la escuela no puede garantizar la confidencialidad del fax.

Firma del Padre/Tutor

Fecha

Número de Teléfono del Padre/Tutor

Acuerdo del Estudiante (a completar con la enfermera de la escuela)

Soy capaz de llevar esta medicación como se recomienda y acepto esta responsabilidad. Lo mantendré seguro en todo momento y no lo compartiré con otros. Informaré a un miembro del personal de la escuela cuando se utilice la medicación. Si no puedo autoadministrarme la medicación de emergencia, avisaré a un miembro del personal de la escuela. Entiendo que si no sigo las pautas anteriores, puedo perder mi capacidad de autoadministración de esta medicación.

Firma del Estudiante

Fecha

Firma de la Enfermera de Salud de la Escuela

Fecha