



# MEDICATION ADMINISTRATION PERMISSION FORM

HEALTH SERVICES  
SCHOOL DISTRICT U-46

Nombre del Estudiante: \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

Escuela: \_\_\_\_\_ Grado: \_\_\_\_\_ Maestro \_\_\_\_\_

Yo confirmo que mi responsabilidad primordial es de administrarle el medicamento a mi hijo. Sin embargo, en caso de que no pueda administrar el medicamento, yo le autorizo al Distrito Escolar U-46 y a sus empleados y agentes, de mi parte y en vez de, para administrarle o intentar de administrarle a mi hijo (o de permitirle a mi hijo administrarse el medicamento el mismo, mientras se encuentra bajo la supervisión de un personal y agente del Distrito Escolar U-46 con la Licencia de Educador Profesional (PEL, por sus siglas en inglés), el medicamento recetado legalmente de la manera que fue descrita. **Entiendo que sea necesario que una persona aparte de la enfermera le tenga que administrar algún medicamento a mi hijo y específicamente doy mi permiso a tal práctica.** También entiendo y estoy de acuerdo que, cuando el medicamento recetado legalmente sea administrado o con el intento de ser administrado, yo renuncio a cualquier demanda que pueda tener en contra del Distrito Escolar U-46, sus empleados y agentes que surgieran de la administración del medicamento mencionado. Además, estoy de acuerdo de exonerar de responsabilidad y mantener indemne al Distrito Escolar U-46, en contra de cualquier o todas los reclamos, daños, causas de acción o lesiones ocurridas o que resultan de la administración o el intento de ser administrado de tal medicamento.

*La forma que se encuentra enseguida debe ser completada. El padre o un adulto nombrado como responsable debe traer todo el medicamento a la escuela y debe de estar en un ENVASE CON RECETA marcado con el nombre del estudiante, y el nombre del medicamento y el dosis; incluyendo las instrucciones explícitas para administrar el medicamento. Medicamento es definido como medicamento con receta, medicamento sin receta (de venta libre), y preparaciones de hierbas. El medicamento no usado debe ser recogido por un padre/tutor legal o será destruido al final del año escolar. Las instrucciones deben coincidir con la orden enseguida y con la fecha actual. \*\*Un Aviso: Al menos que este especificado de otra manera, solamente los medicamentos de emergencia serán enviados en las excursiones escolares y administrados bajo la supervisión de un personal con la Licencia de Educador Profesional (PEL, por sus siglas en inglés).*

Para padre (s)/tutor legal (es) de estudiantes que se **auto administran medicamentos para el asma o que usan un auto inyector de epinefrina, u otro medicamento que se auto administran.** Yo le autorizo al Distrito Escolar U-46 y a sus empleados y agentes, para permitirle a mi hijo o a la persona responsable de poseer y usar su medicamento (1) mientras este en la escuela, (2) mientras este una actividad patrocinada por la escuela, (3) mientras este bajo la supervisión de una persona con la Licencia de Educador Profesional (PEL, por sus siglas en inglés). La ley del Estado de Illinois le requiere al Distrito Escolar informarle a los padres/tutores legales que el Distrito Escolar, y sus empleados y agentes, no se hacen responsables, excepto de la conducta voluntaria y sin sentido, como el resultado de alguna lesión por la auto administración de medicamento de un estudiante (105 ILCS 5/22-30). Desde el otoño del año 2010 no se requiere una firma del medico para los inhaladores y los auto inyectores de epinefrina si la oficina de salud tiene una copia de la etiqueta del envase del medicamento escrita por la farmacia. Si usted está de acuerdo por favor escriba sus iniciales:  
\_\_\_\_\_

Firma del Padre(s)/Tutor Legal(es): \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

Teléfono de Casa: \_\_\_\_\_ Teléfono de Trabajo: \_\_\_\_\_

Teléfono de Celular: \_\_\_\_\_



Medicamento: \_\_\_\_\_ Dosis: \_\_\_\_\_

Frecuencia: \_\_\_\_\_ Diagnóstico: \_\_\_\_\_

Efectos: \_\_\_\_\_

Yo entiendo que los medicamentos que se encuentran anteriormente requieren de una revisión anual y autorización por mí. Algún cambio en el medicamento o dosis antes de esta revisión requiere una autorización por escrito.

Firma del Médico: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Nombre del Médico (en letra de molde): \_\_\_\_\_

Dirección de la Oficina: \_\_\_\_\_

Teléfono de la Oficina: \_\_\_\_\_ Número de Fax de la Oficina: \_\_\_\_\_