

**COMMUNITY UNIT SCHOOL DISTRICT 300
AUTORIZACIÓN PARA LA ADMINISTRACIÓN
DE MEDICINAS EN LA ESCUELA**

Nombre del Estudiante: _____ Fecha de Nacimiento: _____

Domicilio: _____

Escuela: _____ Grado: _____

Por este medio hago constar que soy el (la) principal responsable de administrar /dar medicinas a mi hijo(a). Por lo tanto en el evento de que yo no esté disponible para hacerlo, autorizo a Community Unit School District 300, a sus empleados y agentes a que en mi lugar administren o intenten administrar la medicina legalmente prescrita de la manera descrita anteriormente (o permitir que mi hijo(a) se administre la medicina por sí mismo, siempre bajo la supervisión de empleados y agentes del Distrito Escolar). RECONOZCO QUE PODRÍA SER NECESARIO QUE UN INDIVIDUO QUE NO SEA LA ENFERMERA CERTIFICADA, ADMINISTRE LA MEDICINA A MI HIJO(A) Y ESPECÍFICAMENTE HAGO CONSTAR QUE APRUEBO TALES PRÁCTICAS. Más aun reconozco y estoy de acuerdo, en liberar /renunciar a cualquier reclamo en contra del Distrito Escolar, sus empleados y agentes provenientes de la administración de dicha medicina. Además estoy de acuerdo en liberar de daños y perjuicios e indemnización al Distrito Escolar, sus empleados y agentes, ya sea en conjunto o individualmente, de reclamo de daños materiales y/o físicos incurridos como resultado de la administración o intento de administración de dicha medicina.

Para el /los padre(s)/tutor(es) de estudiantes que se Auto Administran Medicinas para el Asma o pudieran usar Auto-Inyector de "Epinephrine" para Anafilaxis:
Autorizo al Distrito Escolar y sus empleados y agentes, permitir a mi hijo(a) la posesión y uso de su medicina (1) mientras está en la escuela, (2) mientras está en actividades patrocinadas por la escuela, (3) mientras se encuentra bajo la supervisión del personal escolar, o (4) antes o después de las actividades escolares normales, tales como antes de y después de clases o en una propiedad operada por la escuela. La ley de Illinois requiere que el Distrito Escolar informe al/ los padre(s) /tutor(es) que el Distrito, sus empleados y agentes no serán responsables, de cualquier daño debido a la automedicación excepto por una conducta intencional. (105 ILCS 5/22-30). Si usted está de acuerdo por favor, ponga sus iniciales _____

Firma del Padre /Tutor: _____

Teléfonos: Casa: _____ Trabajo: _____ Celular: _____

PHYSICIAN'S ORDERS (to be completed by physician) (La siguiente parte necesita ser contestada por su Doctor (a))

Medication: _____

Dosage: _____ Frequency: _____ Administration Time: _____

Diagnosis Requiring Medication: _____

Possible Side Effects: _____

Special Instructions: _____

For students who Self-Administer Asthma Medications or may use an Epinephrine auto-Injector for Anaphylaxis: He/She Understands the need for the medication, and the necessity to report to school personnel any unusual side effects. He/she is capable of using this medication independently. YES _____ NO _____

Signature: _____ Date of Signature: _____

Physician's Printed Name: _____

Office Address: _____

Office Phone: _____ Fax Number: _____