



31 South Penn Street § P.O. Box 328 § Allentown, PA 18105
 Administration Center § 484-765-4235 § Fax: 484-765-4239

Student Services Department
 Health Services
 Last Updated 4/22/2022

AUTORIZACIÓN PARA TRANSPORTAR/AUTO-ADMINISTRAR MEDICAMENTO RECETADO

PARA USO DEL MEDICO UNICAMENTE

AUTORIZACION MEDICA

Estudiante: _____ Fecha de Nacimiento _____ Grado: _____

Diagnostico: _____

Medicamento y dosis: _____

Tiempo y circunstancias que requieren administración: _____

Posibles efectos secundarios y condiciones para observar: _____

EN MI OPINIÓN, EL ESTUDIANTE MUESTRA LA CAPACIDAD PARA TRANSPORTAR Y AUTO-ADMINISTRARSE EL MEDICAMENTO MENCIONADO ARRIBA. ESTA AUTORIZACIÓN ES VÁLIDA POR UN AÑO ESCOLAR A PARTIR DE LA FECHA DE FIRMA.

Firma del medico _____ Fecha: _____

Nombre de physician: _____ Número de teléfono:: _____

PARA USO DE ESTUDIANTES

Se me ha instruido sobre el uso correcto de mi medicamento recetado y entiendo completamente cómo y cuándo usarlo. Usaré este medicamento solo de acuerdo con las instrucciones anteriores de mi médico. No compartiré este medicamento bajo ninguna circunstancia. Entiendo que, si otro estudiante usa mi medicamento, se me puede quitar el privilegio de llevar mi medicamento conmigo. Informaré inmediatamente a la enfermera de medicamentos perdidos o faltantes. También aceptó ir directamente a la enfermera de la escuela, un maestro, un entrenador, un entrenador atlético o un director después de usar mi medicamento para informar su uso.

Firma de la estudiante _____ Fecha: _____

PARA USO DE PADRES/TUTORES

Solicito que a mi hijo/a (nombrado arriba) se le permita llevar / autoadministrarse el medicamento anterior según el medicamento anterior según la orden del médico. Entiendo que el medicamento debe estar en un recipiente de farmacia debidamente etiquetado. Entiendo que yo, el padre / tutor, acepto la responsabilidad legal en caso de que el medicamento anterior se pierda, se lo administre o lo tomé una persona que no sea el estudiante mencionado anteriormente. Por la presente renuncio a todos y cada uno de los reclamos que surjan de la medicación autoadministrada del estudiante mencionado anteriormente y liberó a todos los empleados individuales del distrito escolar de la responsabilidad que surja de la autoadministración de medicamentos de mi hijo / hija en la escuela. Entiendo que ni el distrito escolar ni sus empleados tienen la responsabilidad legal de garantizar que se tome el medicamento o cuando el estudiante mencionado anteriormente administre su propio medicamento y no sea responsable de los beneficios o consecuencias de la administración del medicamento.

Firma del padre/tutor: _____ Fecha: _____

PARA USO ESCOLAR

Aceptamos la orden del médico anterior, la declaración del estudiante y la solicitud del padre / tutor. Permitiremos que el estudiante antes mencionado lleve consigo / se administre el medicamento recetado. Nos reservamos el derecho de tomar las medidas apropiadas, que pueden incluir retirar este privilegio, si el estudiante muestra signos de comportamiento irresponsable o si existe un riesgo para la seguridad. Es preferible que los medicamentos adicionales etiquetados con receta se guarden en la oficina de la enfermera de la escuela en caso de que el primero se quede en casa o se pierda.

Firma de la enfermera de la escuela:: _____ Fecha: _____