

Formulario de Autorización de Medicamentos en la Escuela – Distrito Escolar Valley View 365U (“VVSD 365” o “Distrito Escolar”)

Esta forma debe usarse para medicamentos que no sean cannabis medicinal. Se debe completar una nueva forma cada año escolar para cada medicamento.

<p style="text-align: center;">AUTORIZACIÓN PARA LA ADMINISTRACIÓN DE MEDICAMENTOS EN LA ESCUELA <i>(Debe ser completado y firmado por el médico que prescribe, asistente médico con autoridad prescriptiva o la enfermera de práctica avanzada con autoridad prescriptiva)</i></p> <p>Nombre del Estudiante: _____ Fec.Nac: _____ Grado: _____</p> <p>Nombre del medicamento: _____</p> <p>Propósito del medicamento: _____</p> <p>Dosis: _____ Frecuencia: _____</p> <p>Horario de administración del medicamento y bajo qué circunstancias: _____</p> <p>Diagnóstico que requiere medicación: _____</p> <p>Fecha de prescripción: _____ Fecha de orden: _____ Fecha de discontinuación: _____</p> <p>Efecto previsto: _____</p> <p>Posibles efectos secundarios: _____</p> <p>Intervalos de tiempo para reevaluación: _____</p> <p>Otros medicamentos que el estudiante está recibiendo: _____</p> <p>Consideraciones Especiales: _____</p> <p>Todos los medicamentos administrados en la escuela deben estar en el envase original, debidamente etiquetados por un farmacéutico.</p> <p>_____ Firma del médico</p> <p style="text-align: right;">_____ Fecha</p> <p>Nombre del médico: _____</p> <p>Dirección: _____</p> <p># Teléfono: _____ Fax: _____</p>	<p style="text-align: center;">AUTORIZACIÓN PARA LA AUTO ADMINISTRACIÓN DE EPINEFRINA, INSULINA, MEDICAMENTOS PARA EL ASMA O MEDICAMENTOS REQUERIDOS BAJO UN PLAN DE CALIFICACIÓN <i>(Debe ser completado y firmado por el médico que prescribe, asistente médico con autoridad prescriptiva o la enfermera de práctica avanzada con autoridad prescriptiva cuando sea necesario que el estudiante se auto administre su medicamento durante el día escolar)</i></p> <p>Certifico que el estudiante identificado ha recibido instrucciones sobre el uso y la autoadministración de sus medicamentos. Entiende la necesidad del medicamento y la necesidad de informar al personal de la escuela sobre cualquier efecto secundario inusual. El estudiante es capaz de usar este medicamento de forma independiente.</p> <p>_____ Firma del Médico</p> <p style="text-align: right;">_____ Fecha</p>
--	--

Nombre de la Escuela: _____ **Nombre de la Enfermera:** _____

Número de Teléfono: _____ **Número de Fax:** _____

Autorización de los Padres para la Administración de Medicamentos en la Escuela

VVSD 365 cree que los medicamentos deben administrarse en el hogar si es posible. Sin embargo, si el proveedor de atención médica de su hijo (a) determina que es necesario que su hijo (a) reciba medicamentos durante el día escolar, se debe proporcionar una autorización de medicamentos con instrucciones específicas al personal de la escuela. Es importante tener en cuenta que los estudiantes no están autorizados automáticamente para llevar medicamentos o guardar medicamentos en sus casilleros. Solo los estudiantes que están autorizados a auto administrarse medicamentos para la epinefrina, la insulina y / o el asma de conformidad con las normas pertinentes sobre autoadministración pueden llevar esos medicamentos en su persona.

Los medicamentos deben ser traídos a la escuela en el envase original, debidamente etiquetados por la farmacia, e indicando claramente el nombre del estudiante, el nombre del medicamento, la dosis prescrita, el momento en el cual o las circunstancias bajo las cuales se administrará el medicamento, y la fecha de vencimiento. Los medicamentos de venta libre, que también requieren autorización de un proveedor de atención médica con licencia, deben tener la etiqueta original del fabricante con el nombre del estudiante claramente marcado en el envase.

Debe ser completado y firmado por el padre o tutor del estudiante:

PARA TODOS LOS PADRES / TUTORES:

Al firmar a continuación, acepto que soy el principal responsable de administrar medicamentos a mi hijo (a). Sin embargo, en caso de que no pueda hacerlo o en caso de una emergencia médica, solicito y otorgo permiso para que VVSD 365 sus empleados y agentes, en mi nombre, administren o intenten administrar a mi hijo (a), o para permitir que mi hijo (a) se auto administre de conformidad con la ley estatal, bajo la supervisión de los empleados y agentes de VVSD 365, medicamentos recetados legalmente de la manera descrita en la página anterior. Autorizo a VVSD 365 a sus empleados y agentes a comunicarse con el médico que prescribe, el asistente médico de mi hijo (a), con autoridad prescriptiva o la enfermera de práctica avanzada con autoridad prescriptiva con respecto a la administración de medicamentos de mi hijo (a) y / o la condición de medicamentos. Reconozco que puede ser necesario que la administración de medicamentos a mi hijo (a) sea realizada por una persona que no sea la enfermera de la escuela y doy mi consentimiento específico para tales prácticas. Además, acepto indemnizar y eximir de responsabilidad al Distrito Escolar, a su Junta de Educación, a los miembros de la Junta, a los funcionarios, a los empleados y a los agentes contra cualquier reclamo, excepto un reclamo basado en una conducta intencional y sin sentido, que surja de la administración o autoadministración de medicamentos a mi hijo (a).

Firma del Padre / Tutor

Fecha

Nombre del Estudiante: _____

Nombre Impreso del Padre / Tutor: _____

Nombre del Escuela: _____

Dirección: _____

Número de Teléfono: _____

Número de Teléfono Alternativo: _____

Dirección de Correo Electrónico: _____

Nombre del Contacto de Emergencia: _____

Número de Teléfono del Contacto de Emergencia: _____

**PARA PADRES / TUTORES DE ESTUDIANTES QUE NECESITAN
MEDICAMENTOS ADMINISTRADOS REQUERIDOS BAJO UN
PLAN DE CALIFICACIÓN:**

Como lo indica mi firma a continuación, otorgo permiso para que mi hijo (a) se administre a sí mismo su medicamento requerido bajo un plan de acción para el asma, un plan de acción de atención médica individual, un plan de acción de emergencia de alergia de alimentos de Illinois y una forma de autorización de tratamiento, un plan conforme a la Sección 504 de la Ley Federal de Rehabilitación de 1973, o un plan conforme a la Ley Federal de educación para individuos con discapacidades. 105 ILCS 5 / 10-22.21b.

Firma del Padre / Tutor

Nombre del Estudiante: _____

Nombre del Escuela: _____

**PARA PADRES / TUTORES DE ESTUDIANTES QUE NECESITAN
LLEVAR Y USAR SU MEDICAMENTO DE EPINEFRINA, INSULINA
O ASMA:**

Como lo indica mi firma a continuación, autorizo a VVSD 365 a sus empleados y agentes a permitir que mi hijo (a) lleve y administre por sí mismo sus medicamentos recetados de epinefrina, insulina o asma: (1) mientras está en la escuela, (2) mientras esta en una actividad patrocinada por la escuela, (3) mientras esta bajo la supervisión del personal de la escuela, o (4) antes / después de las actividades normales de la escuela, como durante el cuidado antes / después de la escuela en la propiedad operada por la escuela. Por la presente verifico que mi proveedor de atención médica ha instruido a mi hijo (a) sobre la correcta autoadministración de su medicamento. Estoy de acuerdo en indemnizar y eximir de responsabilidad al Distrito Escolar, su Junta de Educación y miembros de la Junta, y sus funcionarios, empleados y agentes de cualquier reclamo, excepto un reclamo basado en una conducta intencional y sin sentido, que surja de la administración o autoadministración de medicamentos para la alergia, el asma o la diabetes a mi hijo (a). Entiendo que el Distrito Escolar y sus empleados y agentes no incurrirán en responsabilidad, excepto por conducta intencional y sin sentido, relacionada con el cuidado de un estudiante con diabetes o como resultado de cualquier lesión que surja de la carga y la autoadministración de un estudiante de un inyector de epinefrina o medicamento para el asma.

Firma del Padre / Tutor

** Devuelva esta forma completa y firmada sobre su hijo (a) a la enfermera de la escuela o al director del edificio.