

**FORMULARIO DE AUTORIZACIÓN DE AUTOADMINISTRACIÓN DE
MEDICAMENTOS PARA EL ASMA, INSULINA
o AUTOINYECTOR DE EPINEFRINA**

_____/_____/_____
Nombre del Estudiante Fecha de Nacimiento Grado Fecha

Los medicamentos escolares y los servicios de atención médica se administran siguiendo estas pautas:

1. Médico / prescriptor con autorización firmada y fechada para administrar el medicamento
2. Autorización firmada y fechada por el padre / guardián para administrar medicamentos
3. El medicamento debe estar en el envase original etiquetado como se dispensa o en el envase etiquetado del fabricante
4. La etiqueta del medicamento debe contener el nombre del estudiante, el nombre del medicamento y las instrucciones para el uso y la fecha.
5. Se requiere la renovación anual de la autorización y la notificación inmediata de los cambios.

.....
**TO BE COMPLETED BY THE STUDENT'S PHYSICIAN, PHYSICIAN ASSISTANT OR
ADVANCED PRACTICE REGISTERED NURSE**

Medication: _____ Dosage: _____ Time to be administered: _____

Diagnosis: _____ Side Effects (if any) _____

Effective Date: _____ To: _____

Other Medication Student is Taking: _____

May the student self-administer the medication under the supervision of a school nurse or school designee? YES NO

As a Healthcare provider for the above named student, I certify that she/he has been instructed in the use and self-administration of the above named medication and the necessity to report to school personnel any unusual side effects. She/he is capable of using this medication independently.

Name of Physician, Physician Assistant or Advanced Practice Nurse

Signature

Date

Office Phone: _____

Address: _____

Solo para Padres/ Guardián (es) del estudiante que requiere inhaladores para el asma y / o inyectores de epinefrina:

Se requiere el inhalador de asma y / o el inyector de epinefrina bajo un plan calificado de conformidad con 105 ILCS 5 / 10-22.21 lb, enmendado por P.A. 101-205, ef. 1-1-20?

_____ SI _____ NO

Para todos Padres/Guardianes:

Al firmar abajo, estoy de acuerdo que yo soy principalmente responsable de administrar medicamento a mi hijo/a. Sin embargo, en el evento que yo no pueda hacerlo o en el evento de una emergencia médica, yo autorizo a Rantoul Township High School y a sus empleadores y agentes, en mi nombre, de administrar o atemptar de administrar a mi hijo/a (o permitir a mi hijo/a de auto administrarse de conformidad a la Ley del Estado bajo la supervisión de un trabajador o agente del Distrito #193), medicamento recetado legalmente en la manera que se describió anteriormente. **Yo reconozco que puede ser necesario que la administración de medicamentos a mi hijo/a sea realizada por un individuo que no sea una enfermera de la escuela y específicamente consiento totales practicas**, y estoy de acuerdo a indemnizar y mantener ofensa a la Escuela Rantoul Township High School y a sus empleadores y agentes contra cualquier reclamo, excepto un reclamo basado en una conducta intencional y arbitraria, que surge de la autoadministración de medicamentos por parte del estudiante.

Teléfono

Teléfono de Emergencia

Firma en molde de Padre/Guardián

Firma de Padre/Guardián

Fecha

Inhaladores de Asma

Yo autorizo a Rantoul Township High School y a sus empleadores y agentes, que permitan que mi hijo/a o guardian lleve y auto administre su inhalador de asma y/o usar su autoinyector de epinefrina: (1) durante la escuela, (2) durante una actividad patrocinada por la escuela, (3) durante la supervisión de un personal de la escuela, o (4) antes o después de las actividades normales de la escuela, por ejemplo mientras está en la propiedad operada por la escuela antes o después de la escuela. La ley de Illinois requiere que Rantoul Township High School informe a los padres/guardianes de, y a sus empleadores y agentes, no incurrir responsabilidad, excepto para una conducta intencional y arbitraria, como resultado de cualquier lesión que pueda surgir por auto administración de medicamento de asma o autoinyector de epinefrina (105 ILCS5/22-30).

Favor de poner sus iniciales abajo para indicar (a) recibo de esta información, y (b) autorización para que su estudiante cargue y que su hijo/a use su medicamento para el asma o autoinyector de epinefrina.

** _____ **

Iniciales de Padre/Guardián

YO ELIJO PRESENTAR UNA ETIQUETA DE PRESCRIPCIÓN: _____ Si _____ No

(Si ha escogido **NO** presentar la etiqueta de prescripción, el proveedor de cuidado de salud de su hijo/a debe llenar la página delantera.)

TENGA EN CUENTA: Para un inhalador de rescate o de alivio, el padre/guardián puede escoger dar a la escuela una etiqueta de prescripción actual en lugar de una orden escrita de un médico. La etiqueta **DEBE** contener el nombre del medicamento, la dosis prescrita, y la hora en que o bajo cuáles circunstancias debe ser administrado el medicamento.

Poner Etiqueta Aqui

Autorización del Estudiante:

Estoy de acuerdo con:

- Demostrar uso correcto del inhalador, jeringa y/o el autoinyector de Epinefrina usando un entrenador/demostrador con la enfermera registrada de la escuela.
- Nunca compartas un inhalador, jeringa o autoinyector de Epinefrina con otra persona.
- Notifica a la maestra o otro adulto responsable si no hay mejoramiento en mi respiramiento o síntomas de Hipoglucemia/Hiperoglucemia dentro de varios minutos de usar el inhalador o administrando insulina o alguna golosina.
- Inmediatamente notifica a alguna maestra o adulto responsable si yo uso mi auto inyector de Epinefrina.

Firma de Estudiante: _____

Fecha: _____