

URBANA SCHOOL DISTRICT #116

Fax: 217-337-4973

FORMA DE AUTORIZACION PARA ADMINISTRACION PERSONAL DE
MEDICAMENTOS PARA ASMA

Información requerida del Padre/Guardián:

Nombre del estudiante Fecha de Nacimiento
Dirección Escuela
Maestro Grado Teléfono de casa
MEDICAMENTO Teléfono de Emergencia

Como padre o guardián del estudiante identificado arriba, yo reconozco que el Distrito Escolar de Urbana #116 y sus empleados y agentes no tendrán ninguna responsabilidad excepto por conductas voluntariamente maliciosas que resulten en una lesión creada por la auto-administración o uso del medicamento para el asma de mi hijo(a) sin importar o a pesar de que la autorización haya sido dada por mí como Padre/Guardián o por el médico de mi hijo(a), el asistente del médico, o una enfermera de practica avanzada registrada. Yo indemnizo y mantengo fuera de responsabilidad de cualquier reclamo al distrito escolar, sus empleados y agentes excepto un reclamo basado en conductas voluntariamente maliciosas que resulten en una lesión creada por la auto-administración o uso del medicamento para el asma de mi hijo(a) sin importar o a pesar de que la autorización haya sido dada por mí como Padre/Guardián o por el médico de mi hijo(a), el asistente del médico, o una enfermera de practica avanzada registrada.

Firma de los Padres Fecha

POR FAVOR NOTE: para el inhalador los padres pueden elegir entregar en la escuela una etiqueta de la medicina actual en lugar de una nota con órdenes del doctor. La etiqueta deberá tener el nombre de la medicina, la dosis prescrita, el horario y las circunstancias bajo las cuales se debe administrar ese medicamento.

YO PREFIERO ENTREGAR UNA ETIQUETA DEL MEDICAMENTO: Si No
(Si usted elige no entregar una etiqueta del medicamento, su proveedor de salud deberá llenar la forma de abajo)

TO BE COMPLETED BY STUDENT'S PHYSICIAN/PHYSICIAN ASSISTANT/ADVANCED PRACTICE NURSE

Medication Dosage
Time(s) to be given Side effects
Effective date: From: To:

As a health care provider for the above named student, I certify that he/she 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. He/she is capable of using this medication independently.

Name of Physician, Physician Assistant, or Advanced Practice Nurse Signature Date

Urbana School District #116
Fax: 217-337-4973

REGLAMENTO PARA LA AUTO-ADMINISTRACION DE MEDICAMENTO PARA EL ASMA DURANTE LAS HORAS DE ESCUELA

El padre/guardián puede solicitar que su hijo(a) obtenga permiso de traer consigo y auto-administre su medicamento de asma siempre y cuando se cumpla con ciertas condiciones.

La ayuda de los padres y su consideración es esencial para mantener la seguridad de todos los estudiantes asistiendo a la escuela.

- 1) El medicamento debe ser para el asma de su hijo(a) y debe haber sido prescrito por un médico, asistente médico o enfermera autorizada.
- 2) Los padres deben firmar la forma de autorización para auto-administración de medicamento para el asma
- 3) Si usted está solicitando que se le permita a su hijo(a) cargar y administrar su inhalador, se puede entregar una etiqueta actual en lugar de la orden escrita de su médico. La etiqueta con la prescripción debe ser actual y contener la siguiente información: nombre del medicamento, la dosis prescrita, la hora y las circunstancias bajo las cuales la medicina debe administrarse.
- 4) Los padres tienen la responsabilidad de notificar a la escuela cualquier cambio en el medicamento o la condición de su hijo(a)
- 5) Es recomendable que se mantenga una dosis del medicamento de asma en la escuela en caso de que el estudiante la necesite y haya olvidado o perdido la suya.
- 6) El permiso por la auto-administración de medicamento es efectivo **UNICAMENTE** durante el año en que se obtuvo.
- 7) El estudiante puede tener su medicamento para el asma mientras está en la escuela, en alguna actividad relacionada a la escuela, mientras esta bajo la supervisión de personal de la escuela o en el programa de cuidado de niños antes y después de la escuela.
- 8) Usted tiene la responsabilidad de recordarle a su hijo(a) que debe llevar su medicamento cuando asista a cualquier actividad antes y después de la escuela y cuando salga del edificio escolar por cualquier razón incluyendo paseos.

Por favor póngase en contacto con la Enfermera del Distrito si tiene alguna pregunta 217-384-3564.