

**URBANA SCHOOL DISTRICT #116**

**Fax: 217-337-4973**

**FORMA DE AUTORIZACION PARA USO DE AUTO-INYECTOR DE EPINEFRINA**

Información requerida del Padre/Guardián:

Nombre del estudiante \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento \_\_\_\_\_  
Dirección \_\_\_\_\_ Escuela \_\_\_\_\_  
Escuela \_\_\_\_\_ Grado \_\_\_\_\_ Teléfono de casa \_\_\_\_\_

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 por el uso del auto-inyector de epinefrina sin importar que la autorización haya sido dada por mí como Padre/Guardián o por el médico de mi hijo(a), asistente del médico, o una enfermera registrada de practica avanzada. 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 por el uso del auto-inyector de epinefrina de mi hijo(a). Yo notificare al distrito de cambios en el medicamento o la condición de mi hijo(a) sin importar que la autorización haya sido dada por mí como Padre/Guardián o por el médico de mi hijo(a), asistente del médico, o una enfermera registrada de practica avanzada.

Firma de los Padres \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

**NOTA:** El permiso para la auto-administración de un inyector de Epinefrina en la escuela requiere una orden escrita del médico de su hijo(a), asistente médico o una enfermera registrada de practica avanzada (vea abajo)

**TO BE COMPLETED BY STUDENT’S PHYSICIAN/PHYSICIAN ASSISTANT/ADVANCED PRACTICE NURSE:**

(Esta sección debe ser completada únicamente por un medico, un asistente del medico, o una enfermera de practica avanzada)

Medication \_\_\_\_\_ Dosage \_\_\_\_\_  
Time(s) to be given \_\_\_\_\_ Possible 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 (Print)

\_\_\_\_\_  
Signature/Date

\_\_\_\_\_  
Phone # of Physician, Physician Assistant, or Advanced Practice Nurse

## **REGLAMENTO PARA LA AUTO-ADMINISTRACION DE EPINEFRINA CON AUTO-INYECTOR DURANTE LAS HORAS DE ESCUELA**

El padre/guardián o doctor, asistente del doctor o enfermera de práctica avanzada pueden solicitar que un estudiante obtenga permiso de traer consigo y se administre epinefrina con el auto-inyector mientras esta en la escuela.

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

- 1) El auto-inyector de epinefrina de su hijo(a) debe haber sido prescrito por un medico, asistente medico o enfermera autorizada para prescribir medicamentos.
- 2) El auto-inyector de epinefrina debe estar en un recipiente marcado correctamente
- 3) Los padres y el medico deben completar la forma para auto-administración de medicamento en la escuela
- 4) Los padres tienen la responsabilidad de notificar a la escuela cualquier cambio en el medicamento o con la condición de su hijo(a)
- 5) Es recomendable que se mantenga una dosis del auto-inyector de epinefrina 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 efectiva **UNICAMENTE** durante el año en que se obtuvo.
- 7) El estudiante puede tener su auto-inyector de epinefrina mientras esta 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.

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