

AUTORIZACIÓN PARA QUE UN ESTUDIANTE TOME MEDICAMENTOS DURANTE EL DÍA ESCOLAR

Medicamentos recetados/Medicamentos sin receta* (LA AUTORIZACIÓN PARA LOS PROCEDIMIENTOS MÉDICOS ESTÁ AL DORSO)

Estudiante: _____ Fecha de nac.: _____
 Dirección: _____ Teléfono: _____
 Programa escolar: _____ Maestro(a): _____

Medicamento(s)	Dosis	Motivo del uso del medicamento	Hora(s) para ser administrado(s)

Fechas de vigencia: (este año escolar) Del: 1 de agosto Al: 31 de julio

☐ Sí ☐ No ¿Requiere el estudiante que el personal escolar le administre el medicamento, que le dé agua o que le provea asistencia adicional cuando sea necesario?

Liste cualquier otra preocupación médica que el personal de IU debe saber: _____

Nombre del doctor (letra de molde)	Firma del doctor	Fecha
Ubicación y nombre de la oficina	Telefono	Fax

(Autorización de médico es requerido para todos los medicamentos, incluyendo medicamentos de venta libre y suplementos)

Al firmar a continuación, estoy de acuerdo que:

1. Soy principalmente responsable por la administración de los medicamentos de mi niño. Sin embargo, en caso de que yo no pueda dárselo o en caso de alguna emergencia médica, por este medio autorizo a IU 13 y a sus empleados y agentes a administrarle medicamentos a mi niño según los términos de la presente autorización.
2. Reconozco que podría ser necesario que otros individuos que no sea el enfermero escolar administren el medicamento a mi niño, y por este medio doy consentimiento específico para eso.*
3. Autorizo la comunicación verbal y escrita entre el pedido enfermera médico y escuela con respecto a la medicación y el tratamiento indicados anteriormente.
4. Acuerdo indemnizar y eximir de responsabilidad a IU 13 y a sus empleados y agentes contra cualquier demanda, excepto por las demandas basadas en la conducta deliberada y licenciosa, que surja de la administración de medicamentos a mi hijo.

Nombre del padre/tutor (en letra de molde): _____

Firma del padre/tutor: _____ Fecha: _____

*Los procedimientos médicos descritos en este formulario solamente pueden ser administrados por el personal de IU 13 que ha recibido el entrenamiento apropiado. Se entiende y se acuerda que el personal de IU 13 está trabajando en calidad de agente dentro del ámbito de su empleo con IU 13. Ningún miembro del personal debe ser responsable de cualquier estudiante, padre, o tutor para cualquier daño civil causado por heridas personales que resulten de las acciones u omisiones del personal de IU 13 que está trabajando en conformidad con las políticas aprobadas de IU13 que gobiernan la administración de medicamentos o procedimientos médicos a los estudiantes.

AUTORIZACIÓN PARA QUE EL ESTUDIANTE RECIBA PROCEDIMIENTOS MÉDICOS DURANTE EL DÍA ESCOLAR

Procedimientos médicos

(LA AUTORIZACION PARA ADMINISTRAR LOS MEDICAMENTOS ESTÁ AL OTRO LADO DE LA PÁGINA)

Estudiante: _____ Fecha de nac.: _____

Dirección: _____ Teléfono: _____

Programa escolar: _____ Maestro(a): _____

Nombre del procedimiento: _____

Propósito del procedimiento: _____

Descripción del procedimiento: _____

Frecuencia/horario del procedimiento médico durante el día escolar: _____

Fechas de vigencia: (este año escolar) Del: 1 de agosto Al: 31 de julio

Nombre del doctor (letra de molde)

Firma del doctor

Fecha

Al firmar a continuación, estoy de acuerdo que:

1. Soy principalmente responsable por la administración de los procedimientos médicos a mi niño. Sin embargo, en caso de que yo no pueda hacerlo o en caso de alguna emergencia médica, por este medio autorizo a IU 13 y a sus empleados y agentes a administrarle los procedimientos médicos a mi niño según los términos de la presente autorización.
2. Reconozco que podría ser necesario que otros individuos que no sea el enfermero escolar administren procedimientos médicos a mi niño, y por este medio doy consentimiento específico para eso.*
3. Autorizo la comunicación verbal y escrita entre el pedido enfermera médico y escuela con respecto a la medicación y el tratamiento indicados anteriormente.
4. Acuerdo indemnizar y eximir de responsabilidad a IU 13 y sus empleados y agentes contra cualquier demanda, excepto por las demandas basadas en la conducta intencional y licenciosa, que surja de la administración de medicamentos o procedimientos médicos a mi hijo.

Nombre del padre/tutor (en letra de molde): _____

Firma del padre/tutor: _____ Fecha: _____

*Los procedimientos médicos descritos en este formulario solamente pueden ser administrados por el personal de IU 13 que ha recibido el entrenamiento apropiado. Se entiende y se acuerda que el personal de IU 13 está trabajando en calidad de agente dentro del ámbito de su empleo con IU 13. Ningún miembro del personal debe ser responsable de cualquier estudiante, padre, o tutor para cualquier daño civil causado por heridas personales que resulten de las acciones u omisiones del personal de IU 13 que está trabajando en conformidad con las políticas aprobadas de IU13 que gobiernan la administración de medicamentos o procedimientos médicos a los estudiantes.