



SERVICIOS DE SALUD
2407 LaPorte Ave
Fort Collins CO 80521

MEDICINA QUE SE PUEDE LLEVAR CONSIGO Y ADMINISTRAR A SÍ MISMO/A EN LA ESCUELA O UNA ACTIVIDAD AUSPICIADA POR LA ESCUELA

ESTUDIANTES DE *HIGH SCHOOL* AUTORIZACIÓN Y LIBERACIÓN DE RESPONSABILIDADES

Un formulario de AUTORIZACIÓN Y LIBERACIÓN DE RESPONSABILIDADES se debe entregar cada año escolar, por separado y por escrito, por cada medicina que un estudiante lleve consigo y se administre a sí mismo, y por cada uno de los cambios en la dosis, la(s) hora(s) y/o la vía por la cual se debe administrar.

[Sección que el padre de familia o tutor debe llenar.]

Nombre del estudiante: _____ # de identificación del estudiante: _____
 Fecha de nacimiento: _____ Grado: _____ Año escolar: _____
 Escuela/ Actividad donde se administre la medicina: _____
 Nombre de la medicina: _____

[Health Care Provider Completes]

Health Care Provider Authorization and Directions
 (AUTORIZACIÓN E INSTRUCCIONES DEL PROFESIONAL DE LA ASISTENCIA MÉDICA)
 Name of Medicine: _____
 The Medicine is: Prescription Nonprescription
 Purpose of Medicine: _____
 Dosage: _____ Route of Administration: _____
 Time(s) the Medicine is to be administered: _____
 Starting Date: _____ Ending Date: _____
 (All Authorizations expire at the end of the school year)
 Possible Side Effects of Medication: _____
 Printed Name of Health Care Provider: _____ Office Phone: _____
 Signature of Provider: _____ Date: _____

INSTRUCCIONES ESPECIALES

El estudiante de *high school* solo está autorizado para llevar consigo y administrarse a sí mismo la dosis de medicina correspondiente a un día, tanto en la escuela como en una actividad auspiciada por la escuela, de la manera como se especifica en la parte superior de este documento, excepto cuando sea necesario recibir más de una dosis diaria debido a la duración de la actividad auspiciada por la escuela, siempre y cuando esté autorizada por la enfermera escolar y el/la director/a de la escuela.

En todo momento, el estudiante de *high school* debe cerciorarse que su medicina esté en un lugar seguro, para que nadie la vaya a tomar o pueda caer en manos ajenas.

La medicina se debe suministrar en su recipiente o envase original y llevar la etiqueta de la farmacia. Dicha etiqueta debe tener impreso el nombre del estudiante, el nombre de la medicina, la dosis, el nombre del profesional de la asistencia médica [el cual debe proporcionar la información en la sección *Health Care Provider Authorization and Directions* (AUTORIZACIÓN E INSTRUCCIONES DEL PROFESIONAL DE LA ASISTENCIA MÉDICA)] que recetó la medicina, la fecha en que se surtió la receta médica y la fecha de vencimiento.

MEDICINA SIN RECETA MÉDICA: La medicina se debe suministrar a la escuela en el recipiente original de la compañía farmacéutica u otro distribuidor comercial de la medicina.

Continúa en la página siguiente.

MEDICINA CON RECETA MÉDICA QUE SE PUEDE LLEVAR CONSIGO Y ADMINISTRAR A SÍ MISMO/A EN LA ESCUELA O UNA ACTIVIDAD AUSPICIADA POR LA ESCUELA –ESTUDIANTES DE *HIGH SCHOOL*
AUTORIZACIÓN Y LIBERACIÓN DE RESPONSABILIDADES (continuación)

[Sección que el padre de familia o tutor debe llenar.]

Nombre del estudiante: _____ # de identificación del estudiante: _____
Fecha de nacimiento: _____ Grado: _____ Año escolar: _____
Escuela o actividad en donde se administre la medicina: _____
Nombre de la medicina: _____

[Sección que el padre de familia o tutor debe leer y firmar.]

SOLICITUD DEL PADRE DE FAMILIA O TUTOR, PERMISO Y LIBERACIÓN DE RESPONSABILIDADES

Por medio de la presente, solicito y doy mi permiso al Distrito Escolar Poudre R-1 para que le permita a mi hijo/a llevar consigo y administrarse a sí mismo/a la medicina nombrada en la sección *Health Care Provider Authorization and Directions* (AUTORIZACIÓN E INSTRUCCIONES DEL PROFESIONAL DE LA ASISTENCIA MÉDICA) de la 1ª página de este documento, de acuerdo con lo especificado por el profesional de la asistencia médica. En conexión con mi solicitud, por medio de la presente autorizo al profesional de la asistencia médica para que provea información al personal del Distrito Escolar que pueda estar involucrado en la autorización para que mi hijo/a lleve consigo y se administre a sí mismo/a la medicina.

Si se me concede mi solicitud (se indica por medio de la firma de la enfermera escolar y el/la director/a de la escuela en la sección AUTORIZACIÓN DEL PSD de la parte inferior), por medio de la presente, libero y eximo al Distrito Escolar y a sus miembros de la Junta, empleados y agentes de cualquier y toda responsabilidad, reclamaciones, procedimientos legales, daños y demandas de cualquier tipo (excepto actos premeditados y crueles o negligencias) que puedan ser presentados por mi hijo/a, o por su representante, por cualquier y todos los daños, incluyendo alguna lesión personal a mi hijo/a, que puedan surgir como consecuencia o en conexión con el hecho de que mi hijo/a lleve consigo y se administre la medicina a sí mismo/a, de la manera establecida en la parte superior de este documento.

Firma del padre de familia o tutor: _____ Fecha: _____

[Sección que el estudiante debe leer y firmar.]

RECONOCIMIENTO DEL ESTUDIANTE

Reconozco que llevar conmigo y administrarme a mí mismo/a la medicina en la escuela o en una actividad auspiciada por la escuela, es un privilegio que puedo perder si no lo hago de manera responsable y segura, tal y como lo ha establecido la enfermera escolar y el/la directora/a de la escuela, y que mi autorización para llevar conmigo y administrarme a mí mismo/a la medicina, mencionada anteriormente, puede ser anulada en cualquier momento si no cumplo con las reglas establecidas por la Norma *JLCD* del Distrito (ADMINISTRACIÓN DE MEDICINAS A LOS ESTUDIANTES).

Firma del estudiante: _____ Fecha: _____

[PSD Staff Signs]

PSD AUTHORIZATION (AUTORIZACIÓN DEL PSD) – *by signing below, the school nurse and building principal represent that they have determined this high school student has the ability to properly self-administer the medicine, and that the high school student is sufficiently mature and responsible to safely carry and self-administer the medicine at school or a school-sponsored activity in compliance with applicable District policies and regulations.*

School Nurse Signature: _____ Date: _____

Building Principal Signature: _____ Date: _____