



Servicios de Salud
2407 LaPorte Ave
Fort Collins CO 80521

Autorización y Liberación de Responsabilidades para Administrar Medicina a un Estudiante en la Escuela o en una Actividad Auspiciada por la Escuela

Cada año escolar, por cada medicina que vaya a ser administrada a un estudiante, y por cada uno de los cambios en la dosis, la(s) hora(s) y/o la vía por la que se debe administrar, se debe entregar por separado y por escrito una Autorización y Liberación de Responsabilidades.

[Para llenar por el padre, madre o tutor]

Nombre del estudiante: _____	# de identificación del estudiante: _____
Fecha de nacimiento: _____	Grado: _____
Año escolar: _____	
Escuela a la que asiste el estudiante: _____	Número de fax: _____
Escuela o actividad en donde va a ser administrada la medicina: _____	

[Para llenar por el profesional de la asistencia médica]

Health Care Provider Authorization and Directions ("Autorización e Instrucciones del Proveedor 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: _____

(Todas las autorizaciones vencen al final del año escolar)

Possible Side Effects of Medication: _____

Printed Name of Health Care Provider: _____ Office Phone: _____

Signature of Provider: _____ Date: _____

Instrucciones Especiales

Medicación con receta: Se debe entregar a la escuela en el recipiente original de la farmacia, con su respectiva etiqueta que lleve impreso el nombre del estudiante, el nombre de la medicina, la dosis, el nombre del profesional de la asistencia médica que ha recetado la medicación (el cual debe llenar la información en la sección "Health Care Provider Authorization and Directions"), la fecha en que se pidió la receta médica y la fecha de vencimiento.

Medicación sin receta: Se debe entregar a la escuela en el recipiente original de la compañía farmacéutica u otro distribuidor comercial de la medicina.

[Para leer y firmar por el padre, madre o tutor]

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 (PSD, por sus siglas en inglés) para que administre a mi hijo/a la medicina nombrada en este documento, en la sección "Health Care Provider Authorization and Directions", de acuerdo a 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 administración de la medicina a mi hijo/a. Por medio de la presente, y si se me concede mi solicitud (como se indica con la firma del empleado en la Autorización del PSD de la parte inferior), libero y eximo al Distrito Escolar y a sus miembros de la junta directiva, 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, los cuales pueden surgir como consecuencia de la administración de la medicina a mi hijo/a, de la manera establecida en la parte superior de este documento, o en conexión con dicha administración.

Firma del padre, madre o tutor: _____ Fecha: _____

PSD Authorization:
Employee Signature: _____ Date: _____