



SERVICIOS DE SALUD
2407 LaPorte Ave
Fort Collins CO 80521

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

para el tratamiento de asma, alergias severas u otras condiciones que puedan poner en peligro la vida, tanto en la escuela como en las actividades auspiciadas por la escuela, o mientras el estudiante esté siendo transportado por un vehículo del Distrito.

ASMA / ALERGIAS

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 a la que asiste el estudiante: _____ Número de fax: _____

Health Care Provider Authorization and Directions

(AUTORIZACIÓN Y DIRECCIONES DEL PROFESIONAL DE LA ASISTENCIA MÉDICA)

Name of Prescription Medication: _____

Purpose of Medicine: _____

Dosage: _____ Frequency of Use: _____

Length of Time between Doses: _____ Route of Administration: _____

Starting Date: _____ Ending Date: _____

(All Authorizations expire at the end of the school year)

Possible Side Effects of Medication: _____

By signing below, I affirm that this student has been instructed and is capable of self-administering the prescribed medication and that this student has demonstrated to me, or my designee, the skill level necessary to use the medication and any device used to administer the medication as prescribed. Further, I affirm that in collaboration with the student's school nurse, a written treatment plan has been developed.

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

Signature of Provider: _____ Date: _____

[Health Care Provider Completes.]

TÉRMINOS Y CONDICIONES

El padre de familia o tutor: 1) se compromete a asegurarse que su hijo/a lleve consigo la medicina con receta médica mencionada en la sección *Health Care Provider Authorization and Directions* (AUTORIZACIÓN E INSTRUCCIONES DEL PROFESIONAL DE LA ASISTENCIA MÉDICA), al igual que algún aparato que se utilice en la administración de dicha medicina, tal y como se haya ordenado; 2) entiende y se compromete a proveer una medicina con receta médica de reserva al igual que algún aparato necesario para administrar dicha medicina, los cuales se guardarán en la oficina de salud en caso de emergencia; 3) se compromete a notificar a la escuela sobre cualquier modificación en el plan para el tratamiento de su hijo/a.

El estudiante: 1) llevará consigo la medicina con receta médica mencionada en la sección *Health Care Provider Authorization and Directions* (AUTORIZACIÓN E INSTRUCCIONES DEL PROFESIONAL DE LA ASISTENCIA MÉDICA) al igual que algún aparato que se utilice en la administración de dicha medicina, tal y como se haya ordenado; 2) usará la medicina con receta médica, al igual que algún aparato que se utilice en la administración de dicha medicina de forma responsable, de acuerdo con las instrucciones del profesional de la asistencia médica y el plan para el tratamiento; 3) no permitirá que ninguna persona use la medicina con receta médica, ni algún aparato que se utilice en la administración de dicha medicina; 4) notificará a la oficina de salud de la escuela si la medicina con receta médica no está reduciendo los síntomas de la condición; 5) notificará de inmediato a la oficina de salud de la escuela si se ha usado su *EpiPen*.

Enfermera escolar: 1) se asegurará que el estudiante haya demostrado el nivel de habilidad necesario para usar la medicina con receta médica, al igual que algún aparato que se utilice en la administración de dicha medicina, tal y como se haya ordenado; 2) notificará al personal escolar, que requiera estar informado, acerca de la condición del estudiante y la necesidad de que lleve consigo la medicina con receta médica así como algún aparato que se utilice en la administración de dicha medicina; 3) determinará, de la mejor manera posible, que el estudiante sea capaz de administrarse a sí mismo la medicina con receta médica, de acuerdo con el plan para el cuidado de la salud; 4) después de ser notificada que el estudiante ha utilizado su *EpiPen*, se desempeñará de tal forma que provea un cuidado adecuado al estudiante, el cual debe incluir una llamada de emergencia al 911, sin demora.

[Sección que el padre de familia o tutor, el estudiante y la enfermera escolar deben leer.]

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
–ASMA / ALERGIAS, 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 con receta médica: _____

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 a la enfermera escolar, con respecto a la medicina con receta médica y su uso por parte del estudiante. Si se me concede mi solicitud (se indica por medio de la firma de la enfermera escolar 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, o el ignorar las bases del plan para el tratamiento) 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 lleva consigo y se administra la medicina con receta médica a sí mismo/a, de la manera establecida en la 1ª página de este documento.

Al firmar en la parte inferior, afirmo que entiendo y estoy de acuerdo con los TÉRMINOS Y CONDICIONES de la 1ª página de esta AUTORIZACIÓN Y LIBERACIÓN DE RESPONSABILIDADES. Aún más, afirmo que mi hijo/a llevará consigo la medicina con receta médica en el recipiente o envase original que tenga la etiqueta de la farmacia. Dicha etiqueta debe incluir el nombre de mi hijo/a, el nombre de la medicina, la dosis, el nombre del profesional de la asistencia médica [el/la cual debe proporcionar la información requerida en la sección *Health Care Provider Authorization and Directions* (AUTORIZACIÓN E INSTRUCCIONES DEL PROFESIONAL DE LA ASISTENCIA MÉDICA) que ha ordenado la medicina de la página anterior, la fecha en que se surtió la receta médica y la fecha de vencimiento. Si ésta es una medicina que no requiere receta médica, pero mi hijo/a la necesita debido a su condición, se llevará en el recipiente original de la compañía farmacéutica u otro distribuidor comercial de la medicina.

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

RECONOCIMIENTO DEL ESTUDIANTE

Al firmar en la parte inferior, afirmo que entiendo y estoy de acuerdo con los TÉRMINOS Y CONDICIONES de la 1ª página de esta AUTORIZACIÓN Y LIBERACIÓN DE RESPONSABILIDADES. Aún más, reconozco que es un privilegio llevar conmigo y administrarme a mí mismo/a la medicina con receta médica, tanto en la escuela como en una actividad auspiciada por la escuela, o mientras esté siendo transportado por un vehículo del Distrito, para el tratamiento de asma, alergias severas u otra condición que pueda poner en peligro mi vida, y que lo puedo perder si no lo manejo de manera responsable y segura, tal y como lo ha establecido la enfermera escolar y el/la director/a de la escuela. La autorización para llevar conmigo y administrarme a mí mismo/a dicha medicina con receta médica puede ser anulada en cualquier momento, si no cumplo con los TÉRMINOS Y CONDICIONES de esta AUTORIZACIÓN Y LIBERACIÓN DE RESPONSABILIDADES y/o las reglas establecidas por la Norma *JLCD* del Distrito (ADMINISTRACIÓN DE MEDICINAS A LOS ESTUDIANTES) incluyendo, pero sin limitarse a la responsabilidad de reportar de inmediato a la enfermera escolar, un empleado en la oficina de la escuela u otro directivo de la escuela sobre el uso de un *EpiPen*, tanto en la escuela como en una actividad auspiciada por la escuela, o mientras esté siendo transportado/a en un vehículo del Distrito.

Firma del estudiante: _____ Fecha: _____

PSD Authorization

(AUTORIZACIÓN DEL PSD)

By signing below, I affirm that I understand and agree to the Terms and Conditions on page 1 of this Authorization and Release. Furthermore, I affirm that this student has demonstrated to me the skill level necessary to use the medication and any device used to administer the medication as prescribed. Further, I affirm that in collaboration with the student's health care provider, a written treatment plan has been developed for managing the student's asthma or anaphylaxis episodes and for the student's medication use, which treatment plan is on file in the school health office.

School Nurse Signature: _____ Date: _____

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

[Sección que el estudiante debe leer y firmar.]

[School Nurse Signs]