



Savannah-Chatham County Public School System
**AUTORIZACIÓN ESCRITA PARA LA AUTO-ADMINISTRACIÓN
DE ASMA MEDICACIÓN Y/O EPI-PEN POR UN ESTUDIANTE
EN UNA ESCUELA**

Página 1 de 2

Nombre del Estudiante:

Fecha de nacimiento:

Grado:

Yo, _____, Padre / Guardián Legal del estudiante arriba mencionado solicita autorización para autoadministración y posesión de medicamento para el asma o Epi-Pen por este estudiante mientras está en la escuela, en una actividad patrocinada por la escuela, mientras está bajo la supervisión del personal escolar, y mientras estuvo en el - cuidado escolar o después de la escuela en una propiedad operada por la escuela. El alumno demuestra una comprensión total del uso correcto de su medicación:

Inhalador Nebulizador Epi-Pen (por favor elija los que sean apropiados)

Entiendo que:

- El distrito escolar y sus empleados y agentes no incurrirán en ninguna responsabilidad por: a) cualquier lesión al estudiante causada por su autoadministración de medicamentos, incluidas las lesiones causadas por mala conducta deliberada o sin sentido; b) el uso, uso indebido, uso excesivo o uso desatendido o fallido de su medicamento por parte del alumno; y c) dispositivos para medicamentos perdidos, extraviados, desactualizados, inaccesibles, vacíos o defectuosos. The school may choose to require supervision of medication administration in the event that the student does not demonstrate appropriate use or proper technique with medication.
- La escuela tiene la autoridad para hacer cumplir las reglas y las consecuencias del comportamiento inapropiado demostrado por el estudiante en asociación con la posesión y / o autoadministración del medicamento.

Soy el único responsable de:

- El control de la medicación, el uso de medicamentos y el reabastecimiento de recetas en el momento oportuno. La escuela no será responsable de la supervisión, el registro y el control de la medicación autoadministrada. Ensuring the student always carries his/her medication on his/her person.
- Decidir si se mantendrán los medicamentos de respaldo en la escuela y proporcionar a la escuela el medicamento de respaldo.
- Informar por escrito al personal de la escuela sobre cualquier cambio en el plan del alumno para el manejo del asma y / o la alergia.
- Informar a la escuela de cualquier exacerbación de asma, visitas al hospital y / o información médica nueva o cambiada del estudiante.
- Informar al personal de la escuela por escrito de los efectos secundarios de los medicamentos que justifiquen la comunicación al padre / tutor.
- Coordinar la distribución de la gestión del asma / Epi-Pen y el plan de emergencia del estudiante al personal de la escuela (trabajador de salud escolar, maestros, educadores físicos, entrenadores, conductor de autobús, personal de antes y después de la escuela)



Savannah-Chatham County Public School System
**AUTORIZACIÓN ESCRITA PARA LA AUTO-ADMINISTRACIÓN
DE ASMA MEDICACIÓN Y / O EPI-PEN POR UN ESTUDIANTE
EN UNA ESCUELA**

Página 2 de 2

Entiendo y acepto las condiciones indicadas anteriormente. Permito que la escuela busque tratamiento médico de emergencia para el estudiante cuando lo considere necesario y apropiado. Acepto la responsabilidad legal en caso de que el medicamento sea mal utilizado o dado o tomado por una persona que no sea el estudiante mencionado anteriormente. Libero al SCCPSS y sus empleados y agentes de cualquier responsabilidad legal relacionada con la posesión y autoadministración de su medicamento / dispositivo por parte del estudiante mencionado anteriormente.

Firma del padre / tutor legal

Fecha

Me han instruido sobre el uso correcto de mi receta y entiendo completamente cómo y cuándo usarla. Siempre llevaré mi medicamento conmigo y no permitiré que otro estudiante lo use bajo ninguna circunstancia. Entiendo y acepto los términos de la política de la escuela.

Firma del padre / tutor legal

Fecha

Firma del estudiante

Fecha

El estudiante mencionado anteriormente ha sido instruido y demuestra comprensión del uso apropiado de su medicamento. Según mi opinión profesional, se le permite al alumno portar y autoadministrarse su medicación. He proporcionado al padre / tutor un plan de manejo de emergencia escrito que incluye el nombre, el propósito, la dosis y las instrucciones de administración del medicamento.

Firma del médico

Fecha

Este formulario debe ser devuelto a la enfermera de la escuela dentro de los 7 días a partir del día de la recepción junto con un plan de acción para la alergia al asma y / oa los alimentos que se me ha administrado.

Firma de los padres

Fecha

Received by

Date