



FORMA DE AUTORIZACION DE MEDICAMENTO DE LA ESCUELA

No se podrá administrar ningún medicamento a menos que éste formulario esté firmado por los padres/encargados y un médico, asistente de médico o enfermera de práctica avanzada. A los estudiantes **NO SE LES PERMITE** tener ningún tipo de medicina en su posesión, con la excepción de los que requieren utilizar un inhalador, un Epi pen o artículos para el cuidado de la diabetes. Los medicamentos de receta y de venta libre que se necesiten durante el día escolar o funciones relacionadas con la escuela, necesitan ser entregados en la enfermería, y en su propio envase etiquetado por un médico o farmacia.

Entregue éste formulario a la enfermera de la escuela o envíeselo por fax a 847-388-4803.

Debe ser completado por el padre/tutor Y MEDICO y debe mantenerse en la oficina de la enfermera de la escuela.

Nombre del Estudiante: _____ Fecha de Nacimiento: _____ ID# de Escuela: _____

Dirección: _____

Teléfono de Casa: _____ Teléfono de Emergencia: _____

TO BE COMPLETED BY THE STUDENT'S PHYSICIAN: (Only one (1) medication per form)

Physician's printed name: _____

Office Address: _____

Office Phone: _____ Office Fax: _____

Medication: _____ Dosage: _____

Diagnosis requiring medication: _____ Frequency: _____

Time medication is to be administered or under what circumstances: _____

Duration of time student to take medication: _____

Intended effect of this medication: _____

Expected side effects if any: _____

Other medication(s) student is receiving: _____

I authorize the student to carry and self-administer this medication **during school-sponsored day trips (field trips) and multi-day overnight trips (educational tours)**, in accordance with my instructions (above) and the school's procedures for field trips and educational tours (below): Yes No

Physician's Signature: _____

Date: _____

Al firmar aquí, estoy de acuerdo con:

1. Que soy principalmente responsable de administrar la medicina a mi hijo/a. Sin embargo, en caso de no ser posible o en caso de una emergencia médica, Yo, autorizo al Distrito 120 y a sus empleados o agentes, que de mi parte administren o intenten administrar a mi hijo/a (o permitir que mi hijo/a se auto administre bajo supervisión de los empleados o agentes del Distrito 120), las medicinas legalmente recetadas de la manera descrita arriba. **Yo reconozco que puede ser necesario que las medicinas sean administradas a mi hijo/a por un individuo que no sea la enfermera escolar, y específicamente doy mi consentimiento para tal práctica, y**
2. Para indemnizar y mantener indemne al Distrito 120 y sus empleados, agentes contra cualquier reclamación, excepto una demanda basada en una conducta dolosa o sin sentido que surja de la administración de medicamentos o el auto administración por parte del estudiante.



PARA LOS PADRES DE ESTUDIANTES QUE SE AUTOADMINISTRAN MEDICINAS

Yo autorizo a Mundelein High School Consolidada Distrito 120 y a sus empleados y agentes, que le permitan a mi hijo/a o pupilo para que tenga y use su medicina para el asma, para atender su diabetes o "Epi-Pen" (1) mientras esté en la escuela, (2) mientras esté en una actividad patrocinada por la escuela, (3) mientras este bajo la supervisión del personal de la escuela, o (4) antes o después de las actividades escolares normales en propiedad operada por la escuela.

Yo confirmo que mi hijo/a ha sido instruido y se puede auto administrar su medicina recetada de acuerdo con las dosis y maneras prescritas. Así mismo mi hijo/a está consciente de los efectos secundarios posibles, cuando la medicina no es efectiva, y cuando se necesita ayuda adicional. Las leyes de Illinois requieren que el Distrito Escolar, le informe a los padres, encargados que él, sus empleados y agentes, no conllevan responsabilidad, excepto por conducta obstinada y lasciva, como resultado de cualquier lesión a consecuencia de la auto administración de medicinas (105 ILCS 5/22-30, 145/30 and 145/45).

Si está de acuerdo, favor de inicializar: _____
Iniciales Padre/ Encargado

Procedimientos de Medicación para los Paseos y Excursiones Educativas

Los estudiantes pueden llevar y auto administrarse medicamentos de venta libre y medicamentos recetados según sea necesario durante las actividades fuera del sitio escolar (paseos) o excursiones educativas (paseos más de un día), siempre se cumplen los siguientes criterios:

- Medicamento será suministrado por los padres o tutores.
- El formulario de autorización de medicamento de la escuela debe ser completado por el médico del estudiante y padres o tutores y enviado al educador profesional autorizado de MHS quien patrocina el paseo con la forma de permiso antes del plazo del paseo.
- En el formulario de autorización de medicación escolar, médico del estudiante debe autorizar la administración de la medicación.
- El medicamento debe ser almacenado y transportado en el envase original etiquetado por el fabricante (para medicamentos de venta libre) o envases marcados con la receta (para medicamentos recetados).

Para Uso de Oficina Solamente:
