



**Departamento de enfermería –
Forma de Autorización Para Portar Medicamento Consigo
Medicamentos de Emergencia**

Nombre del estudiante: _____ Fecha de Nacimiento: _____

Medicamento: _____ Administrado para: _____

Esta forma es para estudiantes con asma, diabetes y/o alergias severas que pueden requerir medicamentos de rescate en emergencia (inhalador, insulina, glucagón, o Epi-pen (jeringa inyectable usada para combatir reacciones alérgicas)).

Médico familiar: El/la estudiante es capaz de y ha sido entrenado para administrar este medicamento a sí mismo(a) como está prescrito en la forma para el permiso de administración de medicamento (de las dos formas técnica y dosis en intervalos). Por favor permitan que él /ella se administre dicho medicamento durante el horario escolar o en actividades de la escuela.

El/la estudiante no requiere de la supervisión de un adulto para la administración del medicamento.

Firma del médico familiar: _____ **Fecha:** _____

Padre/Tutor: Yo doy permiso a Union Academy Charter School de permitirle a mi hijo(a) administrarse de forma independiente este medicamento en la escuela. Estoy bajo el entendimiento de que mi hijo y yo asumimos la responsabilidad del uso apropiado y el cuidado de este medicamento. Asimismo absuelvo a la mesa directiva de Union Academy School y sus agentes de cualquier responsabilidad que pueda resultar como consecuencia de que mi hijo(a) tome este medicamento en la escuela.

Firma del Padre/Tutor: _____ **Fecha:** _____

Estudiante: Yo soy capaz de tomar este medicamento de acuerdo a las recomendaciones y acepto esta responsabilidad. Lo mantendré en un lugar seguro todo el tiempo y no lo compartiré con nadie. Estoy consciente de que estoy sujeto a que se tomen acciones disciplinarias si comparto este medicamento. Informaré a un adulto cuando el medicamento de emergencia sea utilizado.

Firma del estudiante: _____ **Fecha:** _____

Enfermera de la escuela: He revisado esta petición y estoy de acuerdo en que este estudiante es capaz de administrarse este medicamento de forma segura.

Firma de la enfermera de Union Academy: _____ **Fecha:** _____