



TITLE:

ESCUELAS PÚBLICAS DE MESA - CONSENTIMIENTO PARA LA AUTOADMINISTRACIÓN DE MEDICAMENTOS O SUPLEMENTOS DIETÉTICOS EN LA ESCUELA

FORM: JHCD-R-F(3)S

Updated 7/27/2020

Physician’s Authorization

I authorize and recommend that my patient identified below (and referred to as the “Child”) be permitted to carry and self-administer at school the medication/dietary supplement described below (and referred to as the “Medication”). In my opinion, the Child is sufficiently mature and reliable to self-administer the Medication. While I am aware that administration of medication by a school nurse is available as an option, I authorize and recommend that the Child be permitted to self-administer the Medication during school hours because:

Child’s name: _____ Child’s age: _____

Medication/Dietary Supplement: _____ Dose: _____

Time to be taken at school: _____ Dates: From _____ to _____

Diagnosis/reason for giving: _____

Physician’s name (please print): _____ Physician’s Phone _____

Physician’s signature: _____ Date: _____

Autorización y Liberación de Padres | Parent’s Authorization and Release

Como padre/tutor, autorizo a mi hijo, anteriormente identificado (y mencionado como mi “hijo”) a llevar consigo y auto administrarse el medicamento/suplemento dietético descrito anteriormente (y mencionado como el “medicamento”), conforme la autorización y recomendación del médico. **Entiendo que el medicamento estará en su envase original, la autorización escrita se adjuntará al medicamento y la cantidad del mismo está limitada a una dosis diaria como máximo. El incumplimiento de estos requisitos resultará en la cancelación inmediata del privilegio.**

Como padre/ tutor, creo que mi hijo es lo suficientemente maduro como para auto administrarse el medicamento tal como lo indicó el médico y quiero que mi hijo ejerza ese privilegio aun pudiendo recibir las dosis por parte del enfermero de la escuela o del asistente de salud en las horas previstas. Deslindo y libero al distrito y sus empleados de cualquier y toda responsabilidad en caso de que mi hijo omita tomar el medicamento tal como fue indicado por el médico. Instruiré a mi hijo a no compartir su medicamento con ningún otro estudiante y acepto la responsabilidad en caso de que mi hijo cause un daño a algún otro estudiante por conducta indebida. Asimismo, autorizo al enfermero de la escuela o al asistente de salud a comunicarse con el médico de mi hijo con respecto al medicamento con el objeto de comprender la recomendación del médico.

NOTA: El estudiante que está autorizado a llevar consigo y a auto administrarse medicamentos o suplementos dietéticos, no distribuirá la sustancia a otros estudiantes mientras esté en las instalaciones escolares o mientras se traslade entre la escuela y el hogar. El estudiante que viole esta política será objeto de una acción disciplinaria.

Firmas/Signatures

Padre/Tutor: _____

Estudiante: _____

Enfermero: _____

Director: _____

Fecha de vigencia: _____