

**Distrito Escolar 47 de Crystal Lake**  
**FORMULARIO DE AUTORIZACIÓN DE MEDICAMENTOS**

Un nuevo formulario **tiene** que ser completado cada año escolar.

Nombre del Estudiante \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

Teléfono de Casa: \_\_\_\_\_ Teléfono Móvil: \_\_\_\_\_

Teléfono de Emergencia: \_\_\_\_\_ Escuela: \_\_\_\_\_

Grado \_\_\_\_\_ Maestro(a): \_\_\_\_\_

**AUTORIZACIÓN DEL MÉDICO**

*Para ser completado por el médico del estudiante, asistente médico con autoridad de dar recetas médicas, o enfermera diplomada (RN) de práctica avanzada con autoridad de dar recetas médicas (Nota: Solamente para los inhaladores para el asma, utilice la sección Inhaladores para el Asma en la parte inferior):*

Nombre impreso de la persona recetando el medicamento :

\_\_\_\_\_

Dirección de la oficina: \_\_\_\_\_

Teléfono de la oficina: \_\_\_\_\_ Teléfono de emergencia: \_\_\_\_\_

Nombre del medicamento: \_\_\_\_\_

Propósito: \_\_\_\_\_

Dosis: \_\_\_\_\_ Frecuencia: \_\_\_\_\_

Hora en la que el medicamento tiene que ser administrado o bajo qué circunstancias:

\_\_\_\_\_

Fecha de la receta médica: \_\_\_\_\_ Fecha que se ordenó : \_\_\_\_\_

Fecha de discontinuación: \_\_\_\_\_

El diagnóstico que requiere el medicamento: \_\_\_\_\_

¿Es necesario que éste medicamento sea administrado durante el día escolar?    Si . No

Efectos secundarios esperados, si es que hay alguno: \_\_\_\_\_

Intervalo de tiempo para la reevaluación: \_\_\_\_\_

Alergias conocidas \_\_\_\_\_

Otros medicamentos que el estudiante está tomando: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Firma de la persona recetando el medicamento

\_\_\_\_\_  
Fecha

**Distrito Escolar 47 de Crystal Lake**  
**FORMULARIO DE AUTORIZACIÓN DE MEDICAMENTOS**

Un nuevo formulario **tiene** que ser completado cada año escolar.

**Inhaladores para el Asma**

*Padre(s)/Tutor(es) por favor adjuntar la etiqueta de la receta médica acá:*

**AUTORIZACIÓN DEL PADRE/TUTOR PARA QUE EL ESTUDIANTE SE AUTOADMINISTRE EL MEDICAMENTO**

*Sólo para padres/tutores de estudiantes que necesitan llevar consigo y utilizar medicamento para el asma o un inyector de epinefrina:*

Autorizo al Distrito Escolar y a sus empleados y agentes, que le permitan a mi hijo(a) llevar consigo y a autoadministrarse medicamentos para el asma y/o el inyector de epinefrina: (1) mientras se encuentre en la escuela, (2) mientras esté en una actividad auspiciada por la escuela, (3) mientras esté bajo la supervisión del personal de la escuela, o (4) antes o después de actividades normales de la escuela, como por ejemplo, mientras esté en cuidado antes o después de la escuela en propiedad escolar. La ley de Illinois requiere que el distrito escolar le informe al padre(s)/tutor(es) que él, y sus empleados y agentes, no incurren en ninguna responsabilidad, excepto por conducta intencional y sin sentido, como resultado de cualquier lesión que surja de que el estudiante lleve consigo o se autoadministre medicamentos para el asma o inyector de epinefrina. 105 ILCS 5/22-30, enmendado por P.A.s 100-726 y 100-799, ef. 1-1-19.

Por favor ponga sus iniciales para indicar (a) recibo de esta información, y (b) autorización para que su hijo(a) lleve consigo y utilice su medicamento para el asma o su auto-inyector de epinefrina.

\_\_\_\_\_  
Iniciales del Padre/Tutor

**PARA TODOS LOS PADRES/TUTORES:**

Al firmar a continuación, acepto que soy principalmente responsable de administrar medicamentos a mi hijo. Sin embargo, en el caso de que no pueda hacerlo o en caso de una emergencia médica, por la presente autorizo al Distrito Escolar y sus empleados y agentes, en mi nombre, a administrar o intentar administrar a mi hijo (o permitir que mi hijo se auto administre de conformidad con la ley estatal, mientras que esté bajo la supervisión de los empleados y agentes del Distrito Escolar), los medicamentos prescritos legalmente de la manera descrita anteriormente. Esto incluye la administración de inyectores de epinefrina no designados o antagonistas opioides a mi hijo cuando hay una creencia de buena fe de que mi hijo está teniendo una reacción anafiláctica o una sobredosis de opioides, ya sea que yo sepa o no. 105 ILCS 5/22-30, enmendado por P.A.s 99-480 y ambos 100-726 y 100-726 y 100-799, ef. 1-1-19. **Reconozco que puede ser necesario que la administración de medicamentos a mi hijo sea realizada por un individuo que no sea una enfermera escolar y consiento específicamente tales prácticas, y estoy de acuerdo en indemnizar y librar de responsabilidad al distrito escolar y sus empleados y agentes contra cualquier reclamo, excepto un reclamo basado en una conducta intencional y deliberada, que surja de la administración o la autoadministración de medicamentos por parte del niño.**

**Nombre impreso del Padre/Tutor** \_\_\_\_\_

**Firma del Padre/Tutor** \_\_\_\_\_ **Fecha** \_\_\_\_\_

**Dirección (si es diferente a la del estudiante en la parte superior):**

\_\_\_\_\_

**Teléfono de Casa:** \_\_\_\_\_ **Teléfono móvil:** \_\_\_\_\_

**Teléfono de emergencia:** \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
**Firma del Padre/Tutor**

\_\_\_\_\_  
**Fecha**