

**Red Oak I.S.D.**  
**Autorización para llevar y autoadministrar medicina**  
(En la escuela en actividades después de la escuela)

ESTA FORMA DEBE SER DILIGENCIADA Y FIRMADA POR EL  
DOCTOR

Nombre del estudiante: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_

Escuela: \_\_\_\_\_ Grado: \_\_\_\_\_

Condiciones físicas para las cuales se recibe tratamiento: \_\_\_\_\_

Medicamento y Tiempo: \_\_\_\_\_

Autoadministración de: \_\_\_\_\_ inhalador \_\_\_\_\_ EpiPen

\_\_\_\_\_ Sí, el estudiante recibió entrenamiento en el uso adecuado de inhalador/EpiPen

\_\_\_\_\_ Sí, el estudiante ha demostrado una técnica apropiada para usar inhalador/EpiPen

\_\_\_\_\_ Sí, el estudiante reconoce el tiempo y la cantidad adecuada de la medicina.

\_\_\_\_\_ Si, el estudiante sabe que no debe compartir medicina con otros.

\_\_\_\_\_ Sí, está de acuerdo en venir a la clínica después de usar inhalador/EpiPen para una evaluación.

\_\_\_\_\_ Sí, yo solicito que el estudiante lleve consigo y se auto administre la medicina que se nombró anteriormente durante las horas de escuela o durante actividades después de la escuela.

PRECAUCIONES: (posibles reacciones nocivas y recomendaciones de intervención): \_\_\_\_\_

El padre/guardián legal proveerá medicina adicional para que se mantenga en la clínica de la escuela en caso de que el estudiante no tenga la medicina/inhalador/EpiPen con él/ella.

En mi opinión, este estudiante demuestra la capacidad de llevar consigo y auto administrar la medicina que se nombró anteriormente.

La enfermera de la escuela acepta la petición del padre y el comentario del doctor. Ellos le colaborarán el estudiante a ser responsable pero se reservan el derecho de negar el privilegio si el estudiante muestra señales de comportamiento irresponsable o si existe un riesgo de seguridad. En este caso los padres/guardianes legales serán contactados inmediatamente. La escuela sus empleados y agentes no incurrirán en ninguna responsabilidad, excepto en el caso de una conducta malintencionada, que resulte en daño alguno por la autoadministración del medicamento que se haya hecho fuera de la supervisión de la enfermera o de la asistente de la enfermera.

Firma del doctor: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Nombre del doctor: \_\_\_\_\_ Numero de teléfono del doctor: \_\_\_\_\_

Firma del padre/guardián legal: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Numero de teléfono del padre/guardián legal : \_\_\_\_\_

Firma del estudiante: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_