

Servicios de Salud del Distrito Escolar Independiente de Grand Prairie
**Autorización Médica/Padres para Auto-Administrarse Medicamentos de Emergencia En
Propiedad Escolar o Actividad Relacionada con la Escuela**

(Esta forma debe renovarse al comienzo de cada año escolar.)

Estudiante _____ **Escuela** _____ **Grado** _____

Yo, padre/guardián de _____, solicito que se le permita mantener consigo y auto-administrarse el inhalador prescrito o medicamento anafilaxis y ser responsable por su uso según lo requiera. Comprendo que mi hijo(a) debe cargar el medicamento consigo todo el tiempo. Comprendo que como padre/guardián debo aceptar la responsabilidad legal si se pierde el medicamento o lo usa una persona que no sea el estudiante para quien fue prescrita. Si esto sucede, el privilegio de cargar el medicamento será revocado. Es mi responsabilidad avisar a la escuela inmediatamente si hay cambio en la salud de mi hijo(a). Proveeré la documentación más reciente que apoye la posesión y auto administración del medicamento cada año. Comprendo que Grand Prairie ISD no carga ninguna responsabilidad legal cuando el estudiante arriba mencionado(a) se administra su propio medicamento. Comprendo que la enfermera de la escuela será notificada inmediatamente si el medicamento anafiláctico es administrado, y buscará servicios médicos de emergencia.

Estoy de acuerdo el medicamento anafiláctico y el inhalador deben tener la etiqueta con la receta corriente que indique que tal medicamento fue prescrito para mi hijo(a). El estudiante debe demostrar al médico, y padres, la habilidad necesaria para auto-administrarse el medicamento según la receta o instrucciones escritas. *(Es recomendable que medicamento adicional sea guardado en la clínica de la escuela en caso que el estudiante olvide su medicamento)*

Doy permiso para que la enfermera de la escuela comunique a los maestros de mi hijo(a) la condición médica y la acción para medicarse. Doy permiso para que la enfermera de la escuela consulte con el médico de mi hijo(a) sobre preguntas que puedan surgir concernientes al medicamento recetado, o la condición médica siendo tratada con este medicamento.

**Solicitud Médica para Auto-Administrarse Medicamentos de Emergencia En Propiedad
Escolar o Actividad Relacionada con la Escuela**

El distrito escolar está autorizado a permitir que el/la estudiante arriba mencionado cargue consigo esta receta médica en todo tiempo.

Nombre del Medicamento: _____ Dosis: _____

Propósito del Medicamento: _____

The school district is hereby authorized to allow the above-named student to carry this prescribed medication on his/her person at all times.

Name of Medication: _____ Dosage: _____

Purpose of Medication: _____

Frequency/time or circumstance under which the medicine may be administered: _____

¿Está capacitado el estudiante para auto-administrarse la receta médica? Sí _____ No _____

¿Ha sido entrenado el estudiante para auto-administrarse la receta médica? Sí _____ No _____

El estudiante debe ir a la clínica si el inhalador se necesita más de _____ veces durante el día escolar.

El estudiante notificará a la enfermera escolar o a otro personal escolar si se auto-administra la epinefrina.

Firma de Médico: _____ Fecha: _____

Nombre Del Médico: _____

(Escriba o Imprima)

Dirección: _____ Teléfono: _____ Fax: _____

Firma del Padre/Guardián: _____ Fecha: _____

Teléfono en Casa: _____ Teléfono en Trabajo: _____ Celular: Phone: _____

Firma de Estudiante: _____ Fecha: _____

The physician's statement must be kept on file in the office of the school nurse of the campus the student attends.