



# Student Health Services SHS-2 Form

Año escolar: \_\_\_\_\_

**Autorización para que los alumnos puedan llevar consigo un inhalador prescrito, EpiPen, u otra medicina aprobada\***

*Lea las Pautas de Funcionamiento para la Administración de Medicinas*

Nombre del alumno \_\_\_\_\_ Grado \_\_\_\_ Fecha de nac. \_\_\_\_\_

*(ESCRIBIR CON CLARIDAD)*

**ESTOY DE ACUERDO CON LO QUE SE DESCRIBE A CONTINUATION:**

- Necesita llevar conmigo: inhalador prescrito, con su etiqueta correspondiente, EpiPen, insulina y/o la siguiente medicina aprobada \_\_\_\_\_

*(ESCRIBIR EL NOMBRE DE LA MEDICINA CON CLARIDAD)*

- Me han enseñado el uso correcto de mi medicina que me recetaron y comprendo plenamente cómo se debe administrar. Voy a llevarla conmigo en todo el momento. No permitiré, bajo ninguna circunstancia, que otro alumno la utilice. Comprendo que si eso llegara a suceder, el privilegio de llevar la medicina conmigo podría ser reevaluado y/o revocado. Acepto, también, la responsabilidad de notificar a la enfermería escolar, enfermera de educación especial o asistente de enfermería, cada vez que tome mi medicina.

\_\_\_\_\_  
Firma del alumno

\_\_\_\_\_  
Fecha

*(Los Servicios de Salud Estudiantil recomiendan enfáticamente que cada alumno mantenga en la enfermería de la escuela un segundo inhalador prescrito, EpiPen, insulina adicional o cualquier otra medicina prescrita para urgencias, en caso de que haya una emergencia y por si se lo/la llegara a olvidar o perder).*

**Para que complete el padre/madre/tutor legal**

Por la presente solicito que el alumno mencionado anteriormente, de quien tengo la custodia legal, pueda llevar consigo y usar en la escuela esta medicina prescrita:

- Acepto la responsabilidad legal en el caso de que la medicina se pierda, no esté disponible inmediatamente, sea dada o tomada por otra persona que no sea el alumno mencionado anteriormente. Comprendo que si esto llegara a ocurrir, el privilegio de llevar la medicina consigo podría ser reevaluado y/o revocado;
- Acepto la responsabilidad de informar a la escuela sobre todo cambio de medicina o nuevas dosis, y que presentaré un nuevo formulario que muestre cada cambio;
- Las medicinas deben encontrarse en su envase original, con su etiqueta correspondiente;
- Eximo al Sistema Escolar del condado de Fulton y a sus empleados de toda responsabilidad legal cuando supervisen o ayuden en la administración de esta medicina, o cuando el alumno mencionado se administre su propia medicina.
- Al completar este formulario, autorizo a los Servicios de Salud Estudiantil para que puedan discutir esta orden/pedido de medicación con el médico o profesional de la salud que lo prescribió, en el caso de resultar necesario.

\_\_\_\_\_  
Firma del padre, madre o tutor legal

\_\_\_\_\_  
Fecha

**Profesional médico y padres/tutores legales: *Por favor vean el reverso para mayor información e instrucciones adicionales***

**Para que complete el profesional de la salud**

NOMBRE DE LA MEDICINA:	DOSIS PRESCRIPTA:
EFFECTOS SECUNDARIOS POSIBLES:	
INDICACIONES PARA SU ADMINISTRACIÓN Y OTROS INSTRUCCIONES ESPECIALES:	
PROBLEMA MEDICO POR EL CUAL PRECISA LA MEDICINA:	

\_\_\_\_\_

**Firma del médico** **Fecha**

Nombre del médico (*por favor en imprenta*): \_\_\_\_\_

Teléfono del médico: \_\_\_\_\_ Fax: \_\_\_\_\_

-----

**Para que lo complete el padre/madre/tutor legal**

**Nombres y números de teléfonos para contactar en caso de emergencia:**

Nombre: \_\_\_\_\_ Telefono de casa: \_\_\_\_\_

Telefono del trabajo: \_\_\_\_\_ Celular: \_\_\_\_\_

Nombre: \_\_\_\_\_ Telefono de casa: \_\_\_\_\_

Telefono del trabajo: \_\_\_\_\_ Celular: \_\_\_\_\_

Nombre: \_\_\_\_\_ Telefono de casa: \_\_\_\_\_

Telefono del trabajo: \_\_\_\_\_ Celular: \_\_\_\_\_

**\*Otra medicina aprobada – se definirá así a la medicina prescrita utilizada con propósitos de urgencia y/o medicina aprobada por los Servicios de Salud Estudiantil, en colaboración con el padre/madre/tutor legal o profesional médico del alumno.**

**El Sistema Escolar del condado de Fulton se reserva el derecho de procurar tratamiento médico de urgencia para el alumno cuando resulte necesario y adecuado.**

**Este formulario sólo tiene validez durante el año escolar en que se otorgó la autorización; se podrá otorgar autorizaciones subsiguientes, en cualquier año escolar, según lo establecido en esta política.**

\_\_\_\_\_

Firma de la enfermera/asistente/enfermera de educación especial

\_\_\_\_\_

Fecha  
*Actualizado Dicimbré 2010*