

**CONTRACTO PARA SI MISMO TRAER MEDICAMENTOS EN
LA ESCUELA**

_____ ha sido instruido en la dosis adecuada
(Nombre del estudiante)

y administración de _____
(Nombre del Medicamento) (Dosis) (Horario)

La Escuela debe de poner atención a los siguientes efectos secundarios: _____

Nosotros, _____ y _____
(Nombre de Padre/Tutor) (Nombre del Medico)

solicitamos que se le permita al estudiante llevar su inhalador, epipen, y/o glucagón en su persona y lo administre según las indicaciones de nuestro medico y en cumplimiento de procedimientos y políticas del Distrito.

Yo, soy Padre/Madre o Tutor del estudiante arriba mencionado, y tengo la custodia legal de tal estudiante. Por este medio doy consentimiento al personal apropiado del distrito para administrar o asistir en la administración, o permitir a mi hijo/a auto-administrarse un inhalador, epipen o glucagón como especificado por órdenes del médico incluídas aquí. Libero al distrito escolar y al personal de la escuela de la responsabilidad civil si la autoadministración la pupila sufre una reacción adversa como resultado de la autoadministración de medicamentos de conformidad con este párrafo.

Este formulario DEBE estar firmado por AMBOS el médico y el padre

(Firma de Padre/Guardián)

Fecha

Yo soy un MEDICO con licencia valida por el Estado de California y autorizo el medicamento o tratamiento del mismo especificado arriba.

(Firma de Medico)

Fecha

Yo estoy de acuerdo que usare el medicamento adecuadamente y según las indicaciones de mi medico. Si no lo hago, pierdo el privilegio de llevar/cargar mi medicamento.

(Firma del Estudiante)

Fecha

Revisada por la Enfermera del Distrito de CRPUSD

(Firma del Enfermera)

Fecha

AVISO: Es la responsabilidad de los padres/tutores asegurar que este formulario sea renovado cada año, o si es necesario cuando cambie el medicamento o tratamiento del estudiante. Es la responsabilidad de padres/tutores recoger la medicina al fin del año escolar.