



Auto Administración de Medicamento para el Asma: \_\_\_\_ Si \_\_\_\_ No. Mi niño/a ha sido diagnosticado con asma y un profesional de salud calificado le ha prescrito medicamento para el asma. Yo por la presente autorizo a mi niño/a llevar su medicamento para el asma y administrárselo por él/ella mismo como ha sido prescrito por el médico. El médico de mi niño/a le ha instruido como administrarse él mismo su medicamento y ha indicado que él/ella es capaz de hacerlo independientemente. Mi niño/a comprende la necesidad de este medicamento y la necesidad de reportar al personal de la escuela de cualquier efecto secundario inusual. Yo he provisto a la escuela un cantidad extra de su medicamento con la etiqueta de la prescripción en el evento que se le olvide traer el medicamento del asma a la escuela en un día en particular.

Firma Padre/Guardián: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_ (por detrás)

### **III. PARA SER COMPLETADO POR EL PADRE/GUARDIAN DEL ESTUDIANTE**

Yo, \_\_\_\_\_, padre o guardián de \_\_\_\_\_, soy el responsable primario de administrar el medicamento a mi niño/a. Sin embargo, en caso de una emergencia médica o si es necesario por la salud crítica y bienestar de mi niño/a, Yo, por lo presente autorizo al Distrito Escolar No. 45 (el "Distrito"), y a sus empleados y agentes, en mi nombre y en mi lugar, administrar o permitir a mi niño/a a administrarse por el mismo, la legal administración del medicamento prescrito en la forma descrita anteriormente. Yo reconozco que puede ser necesario la administración del medicamento a mi niño/a y tratamiento de la condición de mi niño/a por un individuo otro que el enfermero y específicamente consentir a tales prácticas. Yo le notificaré a la escuela por escrito si el medicamento es descontinuado y obtendré una forma escrita por el médico si la dosis del medicamento o el tratamiento ha sido cambiada. Yo comprendo que esta autorización del medicamento es solo efectiva por el actual año escolar y necesitaré renovarla cada subsiguiente año escolar.

Reconozco y estoy de acuerdo que, cuando el medicamento prescrito legalmente, es administrado, renuncio a cualquier reclamo que pueda tener en contra del Distrito, sus empleados y agentes, que surge de la administración o administración por él/ella misma, independientemente ya sea de autorización de administrarse sea dada por mí, como padre/guardián del niño/a o por el médico de mi niño/, asistente del médico o enfermero de práctica avanzada. Además, yo estoy de acuerdo a indemnizar y mantener inofensivo al Distrito, sus empleados y agentes, ya sea en conjunto o solidariamente, de y en contra de cualquier y todos los reclamos, daños, causas de acción o lesiones, incluyendo gastos y costos razonables de abogado gastado en su defensa, incurriendo o resultando de la administración o administración por el niño/a del dicho medicamento, excepto un reclamo basado en conducta intencional o sin sentido, independientemente de si la autorización de administrarse el medicamento por él/ella mismo fue dado por mí, como el padre/guardián del niño/a, o por el médico de mi niño/a, asistente del médico, o enfermero de práctica avanzada.

Firma de Padre/Guardián: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

\*El medicamento que no se use no será enviada a casa con el niño/a y necesita ser recogida el último día de clases por un adulto. El medicamento será destruido si no es recogida para el último día de clases.