PROGRAMA DE SALUD ESCOLAR DEL CONDADO COLQUITT

AUTORIZACION PARA CARGAR MEDICINA COMPRADA-SIN-RECESTA

SOLO GRADOS 10-12 (_____ Año Escolar)

Esta forma debe completarse en su totalidad para autorizar a su hijo a llevar ciertas medicinas de venta libre (OTC). Las medicinas OTC que se considerarán para llevar y administrar incluyen acetaminofén (Tylenol), ibuprofeno (Motrin, Aleve), difenhidramina, antigás, antiácido, ungüentos antibióticos, crema anti picante, aerosol nasal, spray para la garganta, menstrual medicamentos para calambres y medicamentos para la migraña OTC. Los OTC que NO PUEDEN ser llevados por estudiantes bajo ninguna circunstancia incluyen medicinas que contienen pseudoefedrina o dextrometorfano. Estas medicinas DEBEN guardarse en la clínica de la escuela. Las responsabilidades de llevar y auto administrarse medicamentos OTC incluyen:

1. LA AUTORIZACIÓN PARA LLEVAR LA FORMA DE MEDICINA SIN CARGO debe entregarse a la clínica antes de que el alumno pueda llevar medicamentos en el edificio de la escuela. Una vez que la enfermera de la escuela haya verificado que el formulario está debidamente completado y verificado el medicamento, el alumno podrá llevar la medicina.
2. Las medicinas deben traerse a la escuela en su paquete original y deben tener el nombre del estudiante escrito en el marcador permanente.
3. El padre debe educar al estudiante sobre cómo y cuándo administrarse a sí mismo la medicina en su poder. La escuela no es responsable de proveer tales instrucciones.
4. El estudiante acepta que no compartirá sus medicinas con ningún otro alumno bajo ninguna circunstancia.

Para Ser Completado Por El Padre/Tutor

Nombre del estudiante: _____

Nombre de la Medicina(s) _____

Solicito que a mi estudiante se le permita llevar y auto administrar las medicinas nombradas arriba. Certifico que tengo autoridad legal para dar consentimiento al tratamiento médico para el estudiante mencionado anteriormente. Le indiqué a mi hijo sobre la administración adecuada de esta medicina, incluso cuándo, por qué y cómo tomar esta medicina.

Por la presente, libero y despido y acepto indemnizar, eximir de responsabilidad o reembolsar al Distrito Escolar del Condado Colquitt, a la Junta de Educación de Colquitt, a sus empleados, agentes, representantes y demás funcionarios de todos y cada uno de los reclamos, acciones, demandas y pérdidas, costos, gastos y responsabilidad en caso de accidente u otro contratiempo debido a negligencia en la administración de tal medicina o debido a sus efectos secundarios, enfermedades o cualquier otra lesión que pueda ocurrir a mi hijo a través de la administración de dicha medicina.

Además, por la presente libero a dicho distrito, junta directiva, empleados y funcionarios de cualquier responsabilidad, demanda o reclamo de cualquier naturaleza y tipo que pueda surgir como resultado de administrar el medicamento de acuerdo con esta solicitud. Acepto la responsabilidad legal de mi hijo en caso de que el medicamento anterior se pierda, lo entregue o lo tome una persona que no sea el alumno mencionado anteriormente. Si esto sucede, se revocará el privilegio de llevar medicinas. Además, libero al Distrito Escolar del Condado Colquitt, a la Junta de Educación del Condado Colquitt, a los Miembros de la Junta, a los agentes, a los representantes y a sus empleados de cualquier responsabilidad legal cuando el alumno mencionado anteriormente administre su propia medicina.

_____ _____

Fecha Firma del Padre/Tutor

_____ _____

De teléfono del Padre/Tutor Nombre Impreso del Padre/Tutor

Para Ser Completado Por El Estudiante

He sido instruido por mis padres / tutores sobre la administración adecuada de esta medicina. Entiendo los síntomas que justifican tomar esta medicina y entiendo qué cantidad de esta medicina debo tomar. No permitiré que otro alumno tome mi medicina bajo ninguna circunstancia. Soy consciente de que si otro alumno toma mi medicina, ya no se me permitirá llevar medicina y estará sujeto a las consecuencias disciplinarias que se establecen en la política de disciplina del alumno.

_____ _____

Fecha Firma del Estudiante

_____

Nombre Impreso del Estudiante

Para Ser Completado Por El Personal Escolar

He visto la etiqueta del bote de medicina arriba mencionada y he recibido esta forma que guarderé en archivo para referencia para el año escolar _____ .

_____ _____

Fecha Firma del Personal Escolar

_____

Nombre Impreso del Personal Escolar

Creado en Mayo 2015

Translated by Colquitt County Schools Translator Juana Williams (229) 890-6190