

**Avon Grove High School**  
**Autorización para llevar o administrar un Inhalador de asma o Auto inyector de epinefrina**

**ORDEN DEL PROVEEDOR DE ATENCIÓN MEDICA QUE PRESCRIBE (Debe ser llenado por completo)**

Nombre de Estudiante \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento \_\_\_\_\_ Escuela \_\_\_\_\_

Dirección \_\_\_\_\_ Grado \_\_\_\_\_

Razón por la cual el medicamento debe ser administrado \_\_\_\_\_

Nombre del medicamento, dosis y método de administración \_\_\_\_\_

Hora o indicación para administración del medicamento \_\_\_\_\_

Efectos secundarios que deberían ser reportados o anotados \_\_\_\_\_

Instrucciones específicas para el personal de la escuela en caso que el medicamento no produzca el alivio necesario y esperado \_\_\_\_\_

Recomendaciones adicionales \_\_\_\_\_

La duración (fechas) de la administración: Desde \_\_\_\_\_ Hasta \_\_\_\_\_ (Limite de un año escolar)

Reacciones severas que podrían acontecerle a otro alumno al cual el medicamento no le es prescrito, en caso de recibir una dosis del medicamento \_\_\_\_\_

**EN MI OPINION, ESTE ALUMNO DEMUESTRA LA CAPASIDAD DE LLEVAR Y AUTO ADMINISTRAR EL MEDICAMENTO MENCIONADO PREVIAMENTE**

\_\_\_\_\_  
Firma del Medico    Imprima Nombre    Número de teléfono    Fecha

**PADRE/TUTOR AUTORIZACION**

Solicito que mi hijo (hija), previamente mencionado, le sea permitido llevar y (o) auto administrar el medicamento previamente mencionado. Por completo tomare responsabilidad por este permiso. Entiendo que el Distrito Escolar de Avon Grove no será responsable de asegurarse que mi hijo (hija) tome su medicamento y alivio al Distrito Escolar de Avon Grove y a sus empleados de la responsabilidad de los beneficios y consecuencias del medicamento prescrito.

\_\_\_\_\_  
Firma del Padre o Tutor    Número de teléfono    Fecha

**CONTRATO DEL ALUMNO**

Las responsabilidades para llevar un inhalador o EpiPen. Observado:

**Si    No**

- |      |   |
|------|---|
| ____ | Demuestra el uso correcto y (o) administración  |
| ____ | Reconoce el tiempo apropiado prescrito para el uso del medicamento                            |
| ____ | No comparte el medicamento con otras personas   |
| ____ | Mantiene el medicamento en la ubicación acordada _____  |
| ____ | Está de acuerdo ir a la enfermería para una evaluación después del uso del inhalador o EpiPen |

\_\_\_\_\_  
Firma de Alumno    Fecha

Aceptamos la solicitud del padre o tutor y la declaración del médico. Permitiremos y asistiremos al alumno ser responsable, pero reservamos el derecho retirar el privilegio si el alumno demuestra señales de comportamiento irresponsable por las razones del riesgo de seguridad. Estaremos contactando al padre o tutor inmediatamente en caso del evento.

\_\_\_\_\_  
Firma de Enfermera(o) Escolar    Fecha