



# Distrito Escolar Unificado Livermore Valley

## CONTRATO DE AUTORIZACIÓN PARA LLEVAR Y AUTOADMINISTRAR MEDICAMENTOS

De acuerdo con la Sección 49423(b)(2) del Código de Educación, autorizo a mi hijo/a a llevar y autoadministrarse los medicamentos de soporte vital que se indican a continuación.

Estudiante: \_\_\_\_\_ Grado/Maestro/a: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_  
Padre/madre: \_\_\_\_\_ Teléfono de contacto: \_\_\_\_\_ Escuela: \_\_\_\_\_

I. Medicamentos recetados por el Proveedor de Salud Autorizado:

Inhalador: \_\_\_\_\_ Epi-Pen: \_\_\_\_\_ Glucagon: \_\_\_\_\_ Insulina: \_\_\_\_\_

Instrucciones de uso: \_\_\_\_\_

El mencionado estudiante está bajo mi cuidado y necesita llevar este medicamento consigo mientras esté en la escuela. Estoy de acuerdo con que el estudiante es capaz de autoadministrarse la medicación y manipularla con responsabilidad.

Nombre del Proveedor de Salud: \_\_\_\_\_ Teléfono/fax: \_\_\_\_\_

Dirección o sello:

Firma del proveedor: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

II. Acuerdo del estudiante:

\_\_\_ Llevaré esta medicación conmigo todo el tiempo (mochila, bolsillo, cartera, etc.), inclusive durante las actividades fuera del campus.

\_\_\_ No compartiré esta medicación con nadie.

\_\_\_ Advertiré al maestro/a o entrenador/a cuando utilice la medicación.

\_\_\_ Acudiré a la oficina si necesito la medicación más de una vez en el día.

\_\_\_ Otros:

Firma del estudiante: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

III. Acuerdo de los padres:

*Solicito que se le permita a mi hijo/a llevar y autoadministrarse los medicamentos recetados tal como lo recomienda el proveedor de salud autorizado. Entiendo que es mi responsabilidad notificar a la escuela en caso de que se produzca un cambio en el estado de salud de mi hijo/a. Los cambios en la dosis de la medicación o los procedimientos deben ser indicados por escrito por el médico. Entiendo que el distrito escolar, sus empleados y agentes no serán responsables en caso de pérdida, daño, lesión o responsabilidad de cualquier tipo ante cualquier persona que surja o sea consecuencia de actos, omisiones o negligencias de los empleados del distrito. Doy mi consentimiento para que el/la enfermero/a de la escuela o el miembro del personal escolar designado consulte con el proveedor mencionado respecto a cuestiones que puedan surgir como consecuencia de la medicación/condición médica mencionada. Con la firma a continuación, también autorizo la distribución de la historia clínica de mi hijo/a y de su fotografía escolar a aquellas personas que se considere necesario para su atención durante el horario escolar.*

Firma del padre, madre o tutor: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_