

**Alden-Hebron
Community Consolidated Unit Schools**

DISTRICT NO. 19 – HEBRON, ILLINOIS 60034

ELEMENTARY SCHOOL
11915 Price Road
815-648-2442

DISTRICT ADMINISTRATIVE OFFICE
11915 Price Road
815-648-2442
Fax: 815-648-2339

MIDDLE/HIGH SCHOOL
9604 Illinois Street
815-648-2442

Autorización y Permiso para la Administración de Medicamentos

Nombre del Estudiante : _____ Fecha De Nacimiento: _____

Grado: _____ Año Escolar: _____ Teléfono de Emergencia: _____

.....
Medicamentos de la escuela y los servicios de salud se administran siguiendo estas pautas:

- *Firmado y fechado autorización por parte del médico / prescriptor para administrar el medicamento.*
 - *Firmado y fechado autorización de los padres para administrar el medicamento.*
 - *El medicamento está en el envase original etiquetado como dispensado o envase etiquetado del fabricante.*
 - *La etiqueta del medicamento contiene el nombre del estudiante, nombre del medicamento, instrucciones de uso y la fecha.*
 - *Todos los medicamentos que se toman en la escuela debe ser llevado a la oficina de la enfermera.*
 - *La renovación anual de la autorización y notificación inmediata, por escrito, de los cambios.*
-

Physician Authorization: (Para ser completado por el Médico)

_____ Dosage _____ Time to be administered _____
Medication/Health Care Treatment

_____ Expected side effects, if any _____
Intended effect of this medication

Other medications student is taking

May student self-administer medication under supervision of Health Service personnel or designate?

(A student self -administration form must be completed) (Please circle) **YES / NO**

May carry inhaler? **(A student self -administration form must be completed)** (Please circle) **YES / NO**

May carry Epi-pen? **(A student self -administration form must be completed)** (Please circle) **YES / NO**

Administration instructions: _____

_____ Prescriber's Signature _____
Discontinue/Re-Evaluate/Follow-up Date (circle one)

_____ Date signed _____
Prescriber's Printed Name Prescriber's Emergency Phone#

Prescriber's Address

Alden-Hebron Community Consolidated Unit Schools

DISTRICT NO. 19 – HEBRON, ILLINOIS 60034

ELEMENTARY SCHOOL
11915 Price Road
815-648-2442

DISTRICT ADMINISTRATIVE OFFICE
11915 Price Road
815-648-2442
Fax: 815-648-2339

MIDDLE/HIGH SCHOOL
9604 Illinois Street
815-648-2442

Autorización de los Padres:

Por la presente reconozco que soy el principal responsable de la administración de medicamentos a mi hijo. Sin embargo, en el caso de que no estoy en condiciones de hacerlo o en caso de una emergencia médica, autorizo el **Distrito Escolar Alden-Hebrón # 19** y sus empleados y agentes, en mi nombre y representación, para administrar o para tratar de administrar a mi hijo, _____, (o para permitir que mi hijo autoadministrarse mientras bajo la supervisión de los empleados y agentes del Distrito Escolar), la medicación que se prescribe legalmente en la forma descrita anteriormente. Reconozco que puede ser necesario para la administración de medicamentos a mi hijo para ser realizadas por un individuo que no es una enfermera de la escuela, y consentir específicamente a este tipo de prácticas. Además, reconozco y acepto que, cuando el medicamento prescrito legalmente se lo administre o trató de ser administrado, renuncio a cualquier reclamación que pueda tener contra el Distrito Escolar, sus empleados y agentes que surjan de la administración de dichos medicamentos. Además me comprometo a mantener indemne e indemnizar al Distrito Escolar, sus empleados y agentes, ya sea conjunta o separadamente, de y contra cualquier y todo reclamo, daños, causas de acción o las lesiones sufridas o resultantes de la administración o intento de administración de dicha medicación.

Firma de los Padres

Fecha

Dirección de los Padres

Teléfono de la Casa

Teléfono Celular

Teléfono del Trabajo

Información Adicional
