



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/Baqsimi: _____ 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 autorizado: _____ 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 consigo y autoadministrarse sus medicamentos recetados según lo recomendado por el proveedor médico autorizado. Entiendo que es mi responsabilidad notificar a la escuela si cambia el estado de salud de mi hijo/a. Los cambios en las dosis o los procedimientos de los medicamentos deben recibirse por escrito del proveedor médico autorizado. Doy mi consentimiento para que la enfermera de la escuela o el personal escolar designado consulten con el proveedor arriba mencionado sobre las preguntas que puedan surgir con respecto al medicamento / condición médica arriba mencionada. Mi firma a continuación también permite la distribución del historial médico y la fotografía escolar de mi hijo/a a aquellos que se consideren necesarios para su cuidado durante el horario escolar.

Firma del padre, madre o tutor: _____ Fecha: _____