

SOLICITUD DE MEDICAMENTOS DE RESCATE DEL ARLINGTON ISD

A los estudiantes que requieren disponer de medicación de rescate en todo momento se les podría conceder permiso para portar sus medicamentos siempre y cuando sean capaces de auto administrarse el medicamento con seguridad, y de hacerse responsables de ese medicamento.

Solicito que a mi hijo se le permita portar y auto administrarse el medicamento requerido por su médico en este formulario. Con mi firma, afirmo que:

1. Mi hijo sabe el nombre y la dosis de su medicamento
2. Mi hijo sabe el propósito de su medicamento
3. Mi hijo puede administrarse su medicamento correctamente, con el propósito apropiado, en una dosis apropiada dada correctamente
4. Mi hijo entiende cómo manejar su medicamento con seguridad
5. Mi hijo entiende que su medicamento no puede ser utilizado por ninguna persona que no sea él o ella mismo(a). Permitir que otra persona utilice el medicamento revocará el privilegio de portar su medicamento y podría resultar en medidas disciplinarias.
6. Mi hijo entiende cuándo tiene que dirigirse a la clínica de la escuela por su enfermedad
7. **Voy a ofrecer un suministro de respaldo del medicamento de mi hijo a la clínica de la escuela para ser utilizado en caso de emergencia**
8. Autorizo a las personas designadas por el Distrito, incluyendo a los profesionales de la medicina del Distrito y a los UAP, a compartir/obtener información relacionada con la salud de mi hijo con el médico de salud profesional o profesional médico identificado para planificar, ejecutar o aclarar las acciones necesarias para la administración de los servicios de salud relacionados con la escuela, tales como, pero sin limitarse a: la atención de emergencia, la atención a cualquier diagnóstico documentado, tratamientos médicos según se indican en el IHP, plan 503 del estudiante, plan 504, IEP, o cualquier otro formulario del AISD solicitando los servicios de salud escolar. Al firmar esta Autorización, estoy dispuesto a reconocer que la información usada o divulgada de acuerdo con esta autorización puede estar sujeta a una nueva divulgación por personas autorizadas designadas en el presente documento y la(s) persona(s) con los que se comuniquen, y ya no estará protegida por normas de la HIPPA. Eximo de toda responsabilidad a cualquier proveedor de atención médica que actúe en virtud de esta autorización, que se pueda derivar de la divulgación de la información médica individualmente identificable sobre mi hijo. Los servicios de salud relacionados con la escuela que se describen en este documento no se proporcionarán a ningún estudiante sin el consentimiento necesario de los padre/tutor, según se indica aquí.

Apellido _____ Nombre _____ ID # _____ Grado _____
 Firma del padre _____ Fecha _____
 Teléfono del celular _____ Teléfono del trabajo _____
 Teléfono del hogar _____ Correo electrónico _____

INFORMATION BELOW THIS POINT MUST BE COMPLETED IN ENGLISH

Medication Name	Dose	Route	Time(s) to Give

One medication per form

Student should report to the school clinic if medication is needed more than _____ time(s) during the school day.

I affirm that this student knows when they should use their medication and can self-administer the medication safely and effectively.

Physician Signature _____ Date _____

Physician Printed Name _____ Phone _____ Fax _____

Condition for which medication is being given: _____

Allergies/Special Instructions: _____

For Clinic Use Only

Initial Intake Count _____ Signature _____ Signature _____