



Community Consolidated School District 15
580 North First Bank Drive
Palatine, Illinois 60067

AUTORIZACION PARA ADMINISTRAR MEDICAMENTOS

EN CASO DE EMERGENCIA

COMPROMISO DE INDEMNIDAD Y EXENCION DE RESPONSABILIDAD PARA MEDICAMENTOS PARA EL ASMA/INHALADOR Y AUTO INYECTOR DE EPINEFRINA

Este formulario estará en vigor sólo para el año escolar 20__–20__ y tiene que ser renovado cada año escolar.

Nombre del Estudiante: _____ Fecha de Nacimiento: _____

Escuela: _____

Esta sección debe ser llenada por uno de los padres o tutores del estudiante:

Según la autoridad otorgada bajo la sección 105 ILCS 5/22-30 del Código Escolar de Illinois, yo por el presente autorizo a mi hijo/hija, _____, a auto administrarse el medicamento mencionando arriba en la escuela, en actividades patrocinadas por la escuela, mientras esté bajo la supervisión del personal de la escuela y antes/después de actividades normales de la escuela tal como antes/después del cuidado escolar en la propiedad administrada por la escuela. (Se recomienda que las familias mantengan *medicamentos adicionales en la escuela en el caso que su hijo olvide o pierda su medicamento.*)

Estoy de acuerdo de indemnizar y librar de responsabilidad al Distrito Escolar, su Junta de Educación, los miembros de la Junta, oficiales y voluntarios de cualquier demanda, responsabilidad, pérdida o cargo incluyendo gastos razonables del abogado, sufridos por cualquiera de las indemnidades mencionadas, resultando de una reclamación relacionada directa o indirectamente con la auto-medicación de mi hijo/a del medicamento arriba mencionado o traído por mí, cualquier otro padre o tutor de mi estudiante u otro estudiante, o por, o en nombre de mi estudiante u otro estudiante. Entendemos que el Distrito Escolar y las personas mencionadas anteriormente no contraerán ninguna responsabilidad como resultado de cualquier lesión surgida de la auto-medicación, siempre que, sin embargo, esta indemnidad y este compromiso de libre exención de responsabilidad no apliquen a la conducta deliberada e injustificable de las partes indemnizadas.

Firma de uno de los Padres _____ Fecha _____

Esta sección debe ser llenada por el estudiante:

Estoy de acuerdo con:

- Demostrar a la enfermera certificada de la escuela el uso correcto del inhalador o auto inyector de epinefrina usando un aparato demostrador.
- Nunca compartir el inhalador o auto inyector de epinefrina con otra persona.
- Notificar a un maestro o a otro adulto responsable si no hay un mejoramiento significativo en mi respiración dentro de varios minutos después de dos soplos del inhalador.
- Notificar inmediatamente a un maestro o a otro adulto responsable si uso mi auto inyector de epinefrina.

Firma del Estudiante _____ Fecha _____