

FANNIN COUNTY BOARD OF EDUCATION

Fannin County Schools Staff Development Center

6145 Old Highway 76

Blue Ridge, Georgia 30513

Phone: 706-632-3771 Fax: 706-632-7583

www.fannin.k12.ga.us



Autorización por escrito para la autoadministración de EpiPen®, EpiPenJr.® u otros autoinyectores de epinefrina de Minor Children at School

Nombre del estudiante: _____ Fecha de nacimiento: _____ Calificación: _____

I, _____, padre/tutor legal del estudiante mencionado anteriormente, por la presente solicita autorización para autoadministración y posesión de EpiPen® y EpiPenJr.® u otros autoinyectores de epinefrina por parte de este estudiante mientras está en escuela, en una actividad patrocinada por la escuela, mientras esté bajo la supervisión del personal de la escuela y mientras esté en cuidado antes o después de la escuela en propiedad operada por la escuela. El estudiante demuestra plena comprensión del uso adecuado de su medicamento para la alergia

Entiendo que:

- el distrito escolar y sus empleados y agentes no incurrirán en responsabilidad por: a) cualquier lesión al estudiante causados por su propia administración de medicamentos, excepto por lesiones causadas por mala conducta deliberada o sin sentido; b) el estudiante uso, uso indebido, uso excesivo o uso negligente o fallido de su medicamento para la alergia; y c) medicamentos y dispositivos para alergias perdidos, extraviados, obsoletos, inaccesibles, vacíos o defectuosos.
- la escuela puede optar por requerir la supervisión de la medicación administración en caso de que el estudiante no demuestre el uso apropiado o la técnica adecuada con medicamentos para la alergia.
- la escuela tiene la autoridad para hacer cumplir las reglas y las consecuencias por el comportamiento inapropiado demostrado por el estudiante en asociación con la posesión y/o autoadministración de medicamentos para la alergia, y la escuela tiene la autoridad para exigir supervisión del uso de medicamentos según se considere apropiado para la seguridad de todos los estudiantes y el personal.

Asumo la responsabilidad exclusiva de:

- el seguimiento de los medicamentos para la alergia, el uso de medicamentos y el reabastecimiento de recetas para la alergia medicamento ya que la escuela no será responsable de la supervisión, registro y seguimiento de la alergia autoadministrada medicamento.
- asegurarse de que el estudiante siempre lleve su medicamento para la alergia en su persona. • decidir si la medicación de respaldo se mantendrá en la escuela y proporcionarán a la escuela la respaldo medicamento.
- informar al personal de la escuela por escrito de cualquier cambios en el tratamiento del estudiante o manejo de alergias.
- informar a la escuela de cualquier exacerbación de alergias, visitas al hospital y/o información médica del estudiante nueva o modificada.
- informar al personal de la escuela por escrito de cualquier efecto secundario del medicamento que justifique la comunicación al padre/tutor.
- coordinar la distribución del manejo de alergias del estudiante y un emergencia plan al personal de la escuela (trabajador de salud escolar, maestros, educadores físicos, entrenadores, conductor de autobús, y antes y después de la escuela personal).

Entiendo y acepto las condiciones de la política del sistema escolar. Autorizo a la escuela a buscar tratamiento médico de emergencia para el estudiante cuando se considere necesario y apropiado. Acepto la responsabilidad legal si el medicamento se usa indebidamente o se administra, o tomado por una persona que no sea el estudiante mencionado anteriormente. Libero al Sistema Escolar y a sus empleados y agentes de cualquier responsabilidad legal relacionada con la posesión y autoadministración de su medicamento para la alergia por parte del estudiante mencionado anteriormente.

Firma del padre/tutor legal

Fecha

I, _____, el estudiante antes mencionado, he recibido instrucciones sobre el uso adecuado de mi medicamento recetado para la alergia y entiendo completamente cómo y cuándo usar este medicamento. Siempre llevaré mi medicamento conmigo y no permitiré que otro estudiante use mi medicamento bajo ninguna circunstancia. Entiendo y estoy de acuerdo con los términos de la política de la escuela.

Firma del estudiante

Fecha

El estudiante mencionado anteriormente ha sido instruido y demuestra comprensión del uso adecuado de su medicamento para la alergia. Él es mi opinión profesional que se le permita al estudiante llevar y autoadministrarse su medicamento para la alergia. He provisto el padre/tutor con un plan de manejo/emergencia de alergia por escrito, incluyendo el nombre, el propósito, la dosis y la administración instrucciones del medicamento para la alergia.

Firma del proveedor de atención médica

EsoEs

The Fannin County School System does not discriminate on the basis of race, color, national origin, sex, age, religion, creed, or disability in admission to its programs, services, and activities, in access to them, in treatment of individuals, or in any aspect of operations. This also includes but is not limited to additions, modifications, or alterations to the physical plan of any school facility.