

AUTORIZACIÓN 2023-2024 PARA LLEVAR MEDICAMENTOS DE VENTA LIBRE
SOLAMENTE PARA GRADOS DEL 7.º AL 12.º

Este formulario debe completarse cada año escolar en su totalidad para autorizar a su estudiante a llevar ciertos medicamentos de venta libre (over-the-counter, OTC). Los medicamentos de venta libre que se considerarán para su transporte y administración incluyen acetaminofén, ibuprofeno, difenhidramina, antieméticos, antigases, ungüentos antibióticos, crema para la comezón, Midol, aerosol nasal, aerosol para la garganta y medicamentos de venta libre para aliviar la migraña. Los OTC que los estudiantes NO PUEDEN llevar en ninguna circunstancia incluyen medicamentos que contienen loperamida, pseudoefedrina o dextrometorfano. Estos medicamentos requerirán una declaración del médico en el Formulario 5330 F1 y deben almacenarse en la clínica. Las responsabilidades de llevar y autoadministrar OTC incluyen:

1. El formulario C525-F debe entregarse en la clínica de la escuela antes de que el estudiante pueda llevar medicamentos de venta libre al edificio de la escuela. Una vez que el asistente médico haya verificado la debida cumplimentación del formulario y el medicamento de venta libre que lleva el estudiante, se emitirá un "pase de medicamento" que el estudiante deberá conservar junto al medicamento en todo momento.
2. La dosis de un día es todo lo que el estudiante puede llevar. Este suministro está determinado por las instrucciones de dosificación recomendadas en el paquete.
3. Los medicamentos deben traerse a la escuela en su paquete original y deben tener el nombre del estudiante escrito con marcador permanente.
4. Los padres deben enseñar al estudiante cómo y cuándo administrarse el medicamento que lleva. La escuela no es responsable de proporcionar estas instrucciones.
5. El estudiante acepta que no compartirá su medicamento con ningún otro estudiante en ninguna circunstancia.

El padre/madre/tutor debe completar esta parte

Nombre del estudiante: _____

Nombre del medicamento: _____

Solicito que a mi estudiante se le permita llevar y administrarse el medicamento antes mencionado. Certifico que tengo autoridad legal para otorgar mi consentimiento para el tratamiento médico del estudiante antes mencionado. Enseñé a mi estudiante la administración adecuada de este medicamento, incluido cuándo, por qué y cómo tomarlo.

Entiendo que, después de que se haya emitido un pase de medicamento a mi estudiante, el director o su designado puede, en cualquier momento, confirmar que mi estudiante está cumpliendo los términos de la política C525 y este formulario verificando el contenido del paquete del medicamento de venta libre. Además, entiendo que violar los términos de la política C525 o de este formulario ocasionará que a mi estudiante no le permitan más llevar medicamentos y estará sujeto a medidas disciplinarias como se establece en la política de disciplina estudiantil.

Por el presente libero y descargo y además acepto indemnizar, eximir de responsabilidad, defender o reembolsar a la junta directiva de la Corporación Escolar de la Comunidad de Greenfield Central, la Corporación Escolar de la Comunidad de Greenfield Central, sus empleados, agentes, representantes y todos los demás funcionarios, de todas y cada una de las reclamaciones, acciones, demandas, pérdidas, costos, gastos y responsabilidad en caso de accidente u otro percance, por negligencia en la administración de dicho medicamento o por efectos secundarios, enfermedad o cualquier otra lesión que pueda ocurrirle a mi hijo al administrar dicho medicamento. Además, por el presente libero a dicha junta, corporación, empleados y funcionarios antes mencionados de cualquier responsabilidad, demanda o reclamación de cualquier naturaleza y tipo, que pueda surgir como resultado de la administración del medicamento de acuerdo con esta solicitud. Acepto la responsabilidad legal por mi hijo en caso de que una persona, que no sea el estudiante antes mencionado, pierda, administre o tome el medicamento antes mencionado. Si esto sucediera, se revocará el privilegio de portar medicamentos. Además, libero a la Corporación Escolar de la Comunidad de Greenfield Central y a sus empleados de cualquier responsabilidad legal cuando el estudiante antes mencionado administre su propio medicamento.

Firma del padre/madre/tutor

Fecha

Número de teléfono del padre/madre/tutor: _____

El estudiante debe completar esta parte

Mi padre/madre/tutor me enseñaron la administración adecuada de este medicamento. Entiendo los síntomas que justifican tomar este medicamento y la cantidad que debo tomar. No permitiré que otro estudiante tome mi medicamento en ninguna circunstancia. Entiendo que, después de que me hayan emitido un pase de medicamento, el director o su designado puede, en cualquier momento, confirmar que estoy cumpliendo los términos de la política C525 y este formulario verificando el contenido del paquete del medicamento de venta libre. Soy consciente de que, si otro estudiante toma mi medicamento o si violo cualquier término de la política C525 o este formulario, no me permitirán más llevar medicamentos y estaré sujeto a medidas disciplinarias como se establece en la política de disciplina estudiantil.

Firma del estudiante

Fecha

El personal escolar debe completar esta parte

He visto el frasco de medicamento etiquetado antes mencionado y emití al estudiante un pase de medicamento para que lo lleve con este medicamento.

Firma del personal escolar

Fecha