

Form JGCD-10

*Empowering Dreams for the Future* Spanish

**AUTHORIZATION TO CARRY**

**PRESCRIPTION MEDICATION**

**AUTORIZACIÓN DE LLEVAR CONSIGO MEDICAMENTO RECETADO**

|  |  |
| --- | --- |
|  | Necesita llevar consigo y debidamente etiquetado por la farmacia, el inyector |

automático (epipen) de epinefrina (epinephrine), medicamento con prescripción médica para el asma, o el medicamento para la diabetes. El estudiante aquí señalado ha sido instruido en el uso correcto del medicamento y entiende completamente como administrarse asimismo ésta medicina. (Es preferible que en la clínica de la escuela, el/la estudiante tenga un auto inyector epinefrina adicional para el asma, o un medicamento adicional para la diabetes en caso que él/ella lo olvide en su casa o se le pierda).

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  |  |

Medicamento con prescripción médica Dosis e instrucciones

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  |  |

Firma y sello del proveedor de cuidado de la salud Fecha *(mes/día/año)*

(Médico licenciado)

He sido instruido en el uso correcto de mi medicamento bajo prescripción médica y entiendo completamente como administrarme este medicamento. No permitiré bajo ninguna circunstancia que otro estudiante use mi medicamento. También entiendo que en caso que otro estudiante utilice mi medicamento, yo estaré sujeto a las consecuencias del código de conducta. Igualmente, acepto la responsabilidad de tener informada a la enfermera de la clínica de cómo usar el medicamento en caso que se me presente algún problema.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  |  |

Firma del **estudiante** Fecha

**Por medio de la presente solicito que el/la estudiante mencionado arriba, sobre quien yo tengo control legal, se le permita llevar consigo en la escuela, el medicamento bajo prescripción médica descrito anteriormente. Yo declaro ceder, absolver y estoy de acuerdo en indemnizar, eximir de responsabilidad o rembolsar a la Consejo de Educación del Condado de Cobb, al Distrito Escolar del Condado de Cobb, sus empleados, agentes, representantes, y ha todos los demás oficiales, de cualquier y toda reclamación, litigio, acción judicial, pérdida, costos, gastos y responsabilidad en caso de accidente o cualquier otro percance debido a negligencia en la administración de dicho medicamento o debido a efectos secundarios, enfermedad o cualquier otra lesión o herida que pudiera ocurrirle a mi hijo(a) por causa de la administración de dicho medicamento. Y, libero al susodicho Consejo, Distrito, empleado e oficiales de cualquier responsabilidad, litigio, reclamos de cualquier naturaleza y tipo, que pudiera surgir como resultado de la administración del medicamento de acuerdo con descrito en ésta solicitud. Yo asumo la responsabilidad legal en caso que el medicamento mencionado de perder, entregar, y/o una persona se apodere del medicamento, que no es el estudiante aquí indicado. Yo entiendo que, de suceder esto, el estudiante perderá el privilegio de llevar el medicamento consigo. Yo libero al Distrito Escolar del Condado de Cobb y a sus empleados de cualquier responsabilidad legal cuando el/la estudiante nombrado anteriormente se administre su propio medicamento. Yo además proporcionaré una liberación de información a la enfermera de la escuela u otro personal escolar designado para consultar con el médico sobre cualquier pregunta que pudiera surgir en relación al medicamento.**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  |  |

Firma del **padre/tutor** Fecha