

**PÓLIZA DE AUTO-ADMINISTRACIÓN
DE MEDICAMENTOS Y ORDEN DE RENUNCIA**

Nombre de Estudiante: _____ Escuela: _____
Fecha de Nacimiento: _____ Grado: _____

La Junta de Educación de Lakewood ha adoptado una póliza proveyendo a los estudiantes **auto-administración** de medicamentos específicos.

La póliza y regla indica que un estudiante puede ser permitido a cargar y usar, en casos de emergencias de vida o muerte, un inhalador de asma o un pipón anafiláctico. Las condiciones de la póliza incluyen:

1. Un proveedor de servicios médicos licenciado tiene que certificar que su hijo/a sufre de una condición potencial de vida o muerte, requiriendo uso inmediato de un inhalador o un pipón.
2. El proveedor de servicios médicos también tiene que certificar que su hijo/a es capaz de auto-administrar el inhalador o pipón sin supervisión.
3. Una copia idéntica del inhalador o pipón que le permiten cargar a su hijo/ a en la escuela tiene que ser retenido en la oficina de la enfermera/el enfermero de la escuela.
4. El padre/la madre o el guardián tiene que firmar una orden de renuncia, lo cual indemniza y guarda sin culpa alguna, a la Junta de Educación de cualquier y toda responsabilidad de algún daño o golpe el la asociación con su hijo/ a cargando y usando el inhalador o pipón.

Documentación como escrito arriba, tiene que ser llevada a la enfermera/el enfermero de la escuela antes que su hijo/a se auto-administra cualquier medicamento.

CERTIFICACIÓN DE PROVEEDOR DE SERVICIOS MEDICOS:

Como el proveedor de servicios médicos, yo certifico que este niño/a sufre de una condición potencial de vida o muerte y es capaz de auto/administrarse el inhalador o el pipón yo le receté bajo las instrucciones notadas arriba y lo puede hacer sin supervisión.

Firma de Proveedor de servicios médicos

Fecha

ORDEN DE RENUNCIA DE PADRE/GUARDIAN:

Yo, como padre/guardián, renuncio, indemnizo y guardo sin culpa alguna, la Junta de Educación de cualquier y toda responsabilidad por cualquier daño y golpe asociado con o el resultado de el uso de un inhalador o pipón como ha sido recetado por el proveedor de servicios médicos de mi hijo/a. Yo entiendo que el proveedor de servicios médicos de mi hijo/a ha recetado y permitido el uso de un inhalador de asma o un pipón anafiláctico bajo una condición de vida o muerte.

Firma de Padre/Madre/Guardián

Fecha