



Formulario de consentimiento/renuncia para el cuidado por cuenta propia del asma y alergias graves (anafilaxis) en la escuela

El consentimiento/renuncia por escrito de parte de los padres se requiere anualmente y debe estar acompañado por:

- Autorización firmada por un doctor para el cuidado por cuenta propia del asma/anafilaxis en la escuela.
- Un plan actualizado y por escrito para el cuidado médico. La escuela le puede proporcionar un formulario para su uso.
- Le recomendamos enfáticamente que nos permita mantener una reserva adicional de los medicamentos de su hijo en la escuela.

PADRE/TUTOR Al firmar a continuación, usted reconoce lo siguiente.

1. Usted está solicitando que a su estudiante se le permita cuidar por cuenta propia de su condición de asma o alergias en la escuela.
2. Usted tiene la seguridad de que su estudiante tiene los conocimientos y habilidades necesarias para cuidar por cuenta propia de su condición de asma o alergias en la escuela.
3. Usted entiende que no se le requiere que haga esta petición por parte de su hijo. Su hijo puede utilizar la oficina de salud para el cuidado de su asma o alergias. Su hijo puede solicitar la ayuda de un empleado de salud escolar calificado en cualquier momento del día de clases.
4. Si su estudiante lesiona a un empleado de salud o a otro estudiante como resultado del mal uso de los suministros para el cuidado del asma o las alergias, usted será el responsable de todo y cualquier costo asociado con esta lesión.
5. La escuela y sus empleados no serán responsables de ninguna lesión o muerte que resulte por el cuidado por cuenta propia del estudiante de su condición de asma o alergias.
6. Usted exonerará de toda responsabilidad y mantendrá indemne a la escuela y a sus empleados y agentes contra todo reclamo que surja a causa del cuidado por cuenta propia del estudiante de su condición de asma o alergias.

Nombre del padre/tutor en letra de imprenta

Nombre del estudiante en letra de imprenta

Firma del padre/tutor

Fecha

SE RECOMIENDA LLENAR ESTA PORCIÓN PERO NO SE REQUIERE

ESTUDIANTE: Al firmar a continuación, está de acuerdo que entiende que:

1. No debe compartir ni permitir que otro estudiante maneje sus medicamentos o suministros.
2. Usted notificará a la enfermera de la escuela o a otro adulto que se haya nombrado cuando haya usado sus medicamentos.
3. Si no se siente mejor después de usar sus medicamentos, solicitará la ayuda de los empleados de la escuela.

Firma del estudiante

Fecha

Nombre del estudiante en letra de imprenta