

**Autorización – Formulario de Consentimiento para la
Autoadministración de Medicamento para el Asma o Para
Constricción de las Vías Aéreas**

Nombre del estudiante/participante
(Apellido/Nombre/Inicial del segundo nombre)

Fecha de Nacimiento

Nombre de la Escuela/la Parroquia

Fecha de Hoy

Para que un estudiante/participante se administre medicamento para el asma o cualquier enfermedad que estreche las vías aéreas, es necesario que:

- El padre/tutor proporcione una autorización firmada y fechada para autoadministración por parte del estudiante.
- Un médico (una persona autorizada bajo el capítulo 148, 150, ó 150A de Iowa, médico, asistente de médico, enfermero avanzado de práctica registrado, u otra persona autorizada o registrada para distribuir o despachar una droga o aparato de receta durante el ejercicio de su profesión en Iowa según la sección 147.107, o una persona autorizada por otro estado en un campo de salud en el cual, bajo la ley de Iowa, titulares en este estado pueden legalmente recetar drogas) proporcione autorización escrita que contenga:
 - la razón para el medicamento
 - la dosificación recetada
 - las horas o;
 - circunstancias especiales bajo las cuales el medicamento se debe ser administrado.
- El medicamento esté en el recipiente original con etiqueta como fue dispensado o en el recipiente del fabricante con etiqueta que contenga el nombre del estudiante/participante, el nombre del medicamento, instrucciones para el uso, y la fecha.
- La autorización sea actualizada cada año. Si ocurre cualquier cambio en el medicamento, la dosificación, o la hora de administración, el padre/tutor debe notificar a los oficiales de la escuela/el programa de inmediato. La autorización será revisada tan pronto como sea factible.

Puesto que los requisitos anteriores son realizados, un estudiante/participante con asma u otra enfermedad que estrecha las vías aéreas puede poseer y usar el medicamento del estudiante/participante mientras está en la escuela/el programa, en actividades patrocinadas por la escuela/el programa, bajo la supervisión de personal de la escuela/programa, y antes de o después de actividades normales de la escuela/el programa. Si el estudiante abusa de la política de autoadministración, el permiso para autoadministrárselo puede ser retirado por el administrador de la escuela/el programa o se puede imponer disciplina.

Medicamento

Dosificación

Modo de tomar

Hora

La razón para el medicamento y administración/instrucciones

Favor de Completar la Dos Hojas del Formulario

**Autorización – Formulario de Consentimiento para la
Autoadministración de Medicamento para el Asma o Para
Constricción de las Vías Aéreas**

Circunstancias Especiales

Fecha de Descontinuar/Reevaluar/Seguimiento

Firma del Recetador

_____/_____/_____
Fecha

Dirección del Recetador

Teléfono para Emergencias

- Yo pido que el estudiante/participante mencionado anteriormente posea y se autoadministre medicamento(s) para el asma u otra enfermedad que estrecha las vías aéreas en la escuela/el programa y en actividades de la escuela/el programa como se describe en la autorización e instrucciones.
- Yo entiendo que la escuela/el programa y sus empleados actuando razonablemente y de buena fe no contraerán ningunas responsabilidades por cualquier uso inapropiado de medicamento o por supervisar, vigilar, o impedir la autoadministración de medicamento de el estudiante/participante.
- Yo consiento en coordinar y trabajar con el personal de la escuela/el programa y avisarles cuando surgen cuestiones o cambian las condiciones relevantes.
- Yo consiento en proveer entrega segura de medicamento y equipo a y de la escuela/el programa y en recoger el medicamento y equipo restante.
- Yo consiento en que la información se compartirá con el personal de la escuela/el programa según la Ley de Derechos y Privacidad Educativas de la Familia (Family Education Rights and Privacy Act o FERPA).
- Yo consiento en proporcionar a la escuela/el programa el medicamento de reserva aprobado en este formulario.
- El estudiante/participante mantendrá un archivo de su autoadministración.

Firma del Padre/Tutor

_____/_____/_____
Fecha

Dirección del Padre/Tutor

Teléfono de la casa

Teléfono de día

Información Adicional para Autorización de Autoadministración

Favor de Completar las Dos Hojas del Formulario