

Autorización – Administración por sí mismo de Medicación para Asma o la Constricción de la vía aérea – Nuevo  
 Forma de Consentimiento

Nombre del estudiante (Apellido), (Primero) (Segundo)	Cumpleaños	Escuela	Fecha
---	------------	---------	-------

Para que un estudiante pueda administrar por sí mismo la medicación para asma o cualquiera enfermedad que constricta la vía aérea (respiración):

- Padre/guardián provee autorización firmada y fechada para la administración del medicamento por sí mismo del estudiante.
- Medico (persona licenciada bajo capítulo 143, 150, o 150A, doctor, asistente del doctor, practicante enfermera registrada y avanzada, o otra persona licenciada o registrada para distribuir o dar una droga prescrita o un aparato in el curso de su trabajo profesional en Iowa según la sección 147.107, or una persona licenciada por otro estado en la área de salud en que, bajo la ley de Iowa, los licenciados en este estado pueden legalmente prescribir drogas) provee una autorización escrita con lo siguiente:
  - intención de la medicación
  - dosis prescrita
  - horas
  - circunstancias especiales bajo las cuales la medicación debe ser administrada
- La medicación esta en su paquete original con su nombre tal como fue vendido o el envase con el nombre de la fábrica indicando el nombre del estudiante, el nombre de la medicación, las direcciones para el uso, y la fecha.
- Autorización se renueva cada año. Si ocurre cualquier cambio de medicación, dosis, o horario de administración, el padre tiene que notificar a los oficiales de la escuela inmediatamente.

Suponiendo que los requerimientos de arriba están cumplidos, un estudiante con asma o otra enfermedad que constricta la vía aérea (respiración) puede poseer e usar la medicación del estudiante mientras esta en la escuela, en las actividades patrocinadas por la escuela, bajo la supervisión de los empleados de la escuela, y antes o después de las actividades escolares normales, así como mientras esta al cuidado antes o después de la escuela en la propiedad operada por la escuela. Si un estudiant abusa la política de administración por sí mismo, la habilidad de administrar por sí mismo puede ser retirado por la escuela o una disciplina pueden ser impuesta.

Conforme a la ley de Iowa, el distrito escolar o la escuela no publica acreditada y sus empleados no tienen responsabilidad legal, excepto en el caso de negligencia (grande o total), como el resultado de cualquier herida surgida por la administración por sí mismo de una medicación por el estudiante. El padre o guardián del estudiante firmara una declaración reconociendo que el distrito escolar o la escuela no publica no incurran ninguna responsabilidad legal, excepto en el caso de negligencia (grande o total), como el resultado de la administración por sí mismo de una medicación por el estudiante como se estableció por el código de Iowa 280.16.

Medicación	Dosis	Ruta	Hora
Intención de la medicación y administración/instrucciones			
Circunstancias especiales		Discontinuación/re-evaluación/fecha de continuación	
Firma del Medico		Fecha	
Dirección del Medico		Teléfono de emergencias	
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Pido el estudiante nombrado arriba posea y administra por sí mismo la medicación(es) para asma o otra enfermedad que constricta la vía aérea (respiración) en la escuela y en las actividades escolares según la autorización y las instrucciones.</li> </ul>			

- Entiendo que el distrito escolar y sus empleados actuando razonablemente y en buena fe no incurrirán ninguna responsabilidad legal por el uso impropio de la medicación ni por la supervisión, la monitorización, o entre meterse con la administración por sí mismo de la medicación.
- Me comprometo coordinar y trabajar con los empleados escolares y notificarles cuando surjan preguntas o cambios relevantes.
- Me comprometo proveer la entrega segura de la medicación y el aparato a y de la escuela y a recoger la medicación y aparato que sobre.
- Estoy de acuerdo que la información esta compartida con los empleados de la escuela según el Acto de Confidencia y Derechos Educativos de la Familia (FERPA)
- Me comprometo proveer a la escuela con medicación suplemental aprobado en esta forma.
- (El estudiante mantiene el archivo de la administración por sí mismo. Este punto esta recomendado pero no esta requisito.)

\_\_\_\_\_  
 Firma del Padre/Guardián  
 (Estoy de acuerdo con la declaración arriba)

\_\_\_\_\_  
 Fecha

\_\_\_\_\_  
 Dirección del Padre/Guardián

\_\_\_\_\_  
 Teléfono de la casa

\_\_\_\_\_  
 Teléfono del empleo

\_\_\_\_\_  
 Información adicional sobre la autorización de administrar por sí mismo