



**Acuerdo para que solamente
el estudiante administre
la medicina del asma y del anafilaxis.**

Autorizan a los estudiantes a tener y usar la medicina del asma o del anafilaxis durante el día de la escuela, durante actividades de la escuela, o mientras que están viajando a la escuela o a otro lugar si cumplen con las condiciones que siguen:

- Un padre o guardián deben de firmar un permiso escrito** (forma de autorización de la medicina) para que el estudiante solamente pueda administrar la medicina del asma o del anafilaxis y que el estudiante esta entrenado para administrar su medicina de emergencia.
- Un doctor ha dado una receta** para que el estudiante pueda usar la medicina durante las horas de la escuela y que el doctor ha dado las instrucciones que están correctas, seguros, y efectivos para usar la medicina.
- El estudiante ha demostrado a la enfermera de la escuela** la habilidad necesaria para usar la medicina y el aparato necesario para administrar la medicina.

Debe ser cumplido por la enfermera de la escuela

Demostración de habilidad para usar la medicina	Yes(initial)	No(initial)
Student identifies medication correctly		
Student identifies dose correctly		
Student identifies indications for medication correctly		
Student administers medication correctly		

- El estudiante siempre guardara y usara la medicina de una manera segura y efectivo** o el privilegio de llevar y de administrar la medicina sera modificado o revocado por el principal o la enfermera registrada de la escuela.

	Yes(initial)	No(initial)
Student identifies correct storage and handling of medication		

- Un doctor ha proporcionado un plan escrito de tratamiento** para manejar los episodios del asma o del anafilaxis del estudiante y para el uso de la medicina durante las actividades de la escuela. El plan de tratamiento junto con la Autorización de la Medicina debe incluir instrucciones detalladas sobre la administración de la medicina y las situaciones para cuando la medicina debe de ser utilizada.
- Un padre/guardian o estudiante (si tiene 18 años o mas) deben de **firmar la declaración debajo reconociendo que el distrito escolar no incurrirá ninguna responsabilidad** si resulta que el estudiante se lastimó mientras que el mismo administro su medicina.

Acuerdo de Exención

Los padres/guardian o el estudiante (si tiene 18 años o mas) no culparán a el distrito escolar de West Valley o los oficiales, los empleados, o los agentes contra todas las demandas, juicios, o responsabilidades que resultaran por que el estudiante solamente administro o llevó la medicina. _____

Nombre de estudiante

Padre/Guardian

Fecha

Principal de la escuela

Fecha

Estudiante
(si tiene 18 años o mas)

Fecha

Enfermera de la escuela

Fecha