



Servicios de Salud  
2407 LaPorte Ave  
Fort Collins CO 80521

**Solo la autoadministración de medicamentos o llevarlos consigo y autoadministrárselos en VIAJES PATROCINADOS POR EL DISTRITO, donde se prohíbe la delegación de tareas de enfermería (todos los países extranjeros y ciertos estados de los EE. UU.)**

**ESTUDIANTES DE 6.º A 12.º GRADO**

***Autorización y liberación de responsabilidades***

**Un formulario de AUTORIZACIÓN Y LIBERACIÓN DE RESPONSABILIDADES se debe entregar por separado, y por escrito, por cada medicamento** que un estudiante se administre a sí mismo o lleve consigo y se administre a sí mismo, y por cada uno de los cambios en la dosis y/o la vía por la cual se debe administrar durante el viaje.

**\*\* Este formulario NO se debe llenar para uso de marihuana por razones médicas.**

**Sección 1: La debe llenar el padre de familia/tutor legal**

Nombre del estudiante: \_\_\_\_\_ # de identificación del estudiante: \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_ Grado: \_\_\_\_\_

Fecha de salida: \_\_\_\_\_ Fecha de regreso: \_\_\_\_\_

Nombre del medicamento: \_\_\_\_\_

El estudiante puede: \_\_\_\_ Solo autoadministrárselo.\*      \_\_\_\_ Llevarlo consigo y autoadministrárselo.

\* NOTA: El medicamento debe permanecer con el estudiante y empacarse en el equipaje de mano para las declaraciones de aduana.

**Sección 2: Autorización e instrucciones del proveedor de atención médica**

Nombre del medicamento: \_\_\_\_\_

El medicamento es de venta con:       Receta médica       Sin receta médica

Propósito del medicamento: \_\_\_\_\_

Dosis: \_\_\_\_\_ Vía por la que se administra: \_\_\_\_\_

Hora(s) en que el medicamento se debe administrar: \_\_\_\_\_

Efectos secundarios del medicamento: \_\_\_\_\_

El estudiante puede: \_\_\_\_ Solo autoadministrárselo.\*      \_\_\_\_ Llevarlo consigo y autoadministrárselo.

Nombre del proveedor (Usar letra de imprenta.): \_\_\_\_\_ # de teléfono: \_\_\_\_\_

Firma del proveedor: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Nombre del estudiante: \_\_\_\_\_ # de identificación del estudiante: \_\_\_\_\_

Nombre del medicamento: \_\_\_\_\_

### Sección 3: Instrucciones especiales

El estudiante solo está autorizado a llevar consigo el medicamento y administrárselo a sí mismo en el viaje, a partir de la fecha de salida hasta la fecha de regreso, las cuales se especifican en la Sección 1 de la página anterior, a menos que una emergencia retrase la fecha de salida o de regreso del viaje, en cuyo caso esta autorización corresponde a la fecha de salida y de regreso real. El estudiante siempre mantendrá el medicamento de manera segura, con la finalidad de que otra persona no pueda administrárselo o tenerlo en su posesión.

**Medicamentos con receta médica:** Deben entregarse en el envase original, con la etiqueta de la farmacia. El nombre del estudiante, el nombre del medicamento, la dosis, el nombre del proveedor de atención médica que prescribe (que debe proporcionar la AUTORIZACIÓN Y LAS INSTRUCCIONES DEL PROVEEDOR DE ATENCIÓN MÉDICA de la sección 2, de la página anterior), la fecha de despacho del medicamento y la fecha de vencimiento deben estar impresos en la etiqueta de la farmacia del envase del medicamento.

**Medicamentos sin receta médica:** Deben entregarse en el envase original etiquetado por la compañía farmacéutica u otro distribuidor comercial del medicamento.

### Sección 4: Reconocimiento, autorización y liberación de responsabilidades del padre de familia/tutor legal

Reconozco que es mi responsabilidad investigar y conocer las leyes sobre medicamentos en los países/estados que visitará mi hijo, incluyendo todas las escalas, incluso si no desembarcan, y que ciertos países tienen prohibiciones referentes a viajar con sustancias controladas como medicamentos para el TRASTORNO POR DÉFICIT DE ATENCIÓN E HIPERACTIVIDAD (TDAH) y productos del cannabidiol o CBD. Debido a que una licencia de enfermera registrada de Colorado no permite delegar la administración de medicamentos fuera de los Estados Unidos, y en algunos estados, y por motivo de las leyes de viajes internacionales, entiendo que mi hijo debe administrarse a sí mismo todos los medicamentos cuando viaje fuera del país, o en estados donde la enfermera del distrito escolar no puede tener autoridad para delegar, y debe mantener siempre consigo este formulario, una receta médica o una carta del médico que prescribe, en el cual se describe el plan de tratamiento. Además, reconozco que el medicamento debe permanecer con mi hijo, y empacarse en el equipaje de mano para las declaraciones de aduana.

Por medio del presente, solicito y autorizo al Distrito Escolar Poudre R-1 para que le permita a mi hijo llevar consigo y administrarse a sí mismo (tal como se indica en la Sección 1) el medicamento nombrado en la sección 2, de la página anterior, llamada AUTORIZACIÓN E INSTRUCCIONES DEL PROVEEDOR DE ATENCIÓN MÉDICA, de acuerdo con lo especificado por el proveedor de atención médica. En conexión con mi solicitud, por medio del presente, autorizo al proveedor de atención médica para que brinde información al personal del Distrito Escolar Poudre que forme parte del equipo que alista los medicamentos para el viaje.

Por medio del presente, libero y eximo al Distrito Escolar Poudre y a sus miembros de la Junta de Educación, empleados y agentes de cualquier y toda responsabilidad, reclamaciones, procedimientos legales, daños y demandas de cualquier tipo (excepto actos premeditados y crueles o negligencias) que puedan ser presentados por mi hijo, o en su nombre, por cualquier y todos los daños, incluyendo alguna lesión personal a mi hijo, que pudieran surgir como consecuencia o en conexión con el hecho de que mi hijo se administre a sí mismo o lleve consigo y se administre a sí mismo el medicamento de la manera establecida en la página anterior.

Firma: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Nombre del estudiante: \_\_\_\_\_ # de identificación del estudiante: \_\_\_\_\_

Nombre del medicamento: \_\_\_\_\_

**Sección 5: Reconocimiento de responsabilidades por parte del estudiante**

Reconozco que llevar conmigo y administrarme a mí mismo el medicamento en la escuela, o en una actividad patrocinada por la escuela, es un privilegio que lo puedo perder si no lo ejerzo de manera responsable y segura, según lo determine el patrocinador del viaje, u otro acompañante adulto, y que la Autorización para llevar conmigo y administrarme a mí mismo el medicamento mencionado anteriormente puede ser revocada en cualquier momento si no cumplo con las reglas establecidas en la norma JLCD del distrito (Administración de medicamentos a estudiantes).

Firma del estudiante: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_