

## Distrito escolar de La Center

### Autotransporte/autoadministración de medicamentos

Exención de responsabilidad

\_\_\_\_\_ Año escolar

Para preguntas, comuníquese con la enfermera de la escuela:

ES: 360-263-2134 Fax: 360-263-2133

Correo electrónico: ms.: 360-263-2136 Fax: 360-263-5936

HS: 360-263-1700 Fax: 360-263-1705

Nombre del estudiante: \_\_\_\_\_

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

Escuela: \_\_\_\_\_

Calificación: \_\_\_\_\_

Este formulario debe completarse cada año escolar para todos los estudiantes a quienes se les permite llevar consigo y/o autoadministrarse medicamentos en la escuela. Consulte el procedimiento 3416P para obtener más información.

Solicito que se le permita a mi hijo llevar consigo y/o autoadministrarse los medicamentos que necesite en la escuela. Mi estudiante y yo entendemos la responsabilidad de llevar consigo los medicamentos en la escuela y reconocemos que la escuela no hará un seguimiento del cumplimiento, la fecha de vencimiento ni la dosis administrada.

Acepto eximir de responsabilidad e indemnizar a la escuela y a los funcionarios, empleados y agentes del Distrito Escolar de La Center contra todos los reclamos, juicios o responsabilidades que surjan de la autoadministración y el transporte de medicamentos por parte de mi estudiante.

Los padres/tutores abajo firmantes autorizan por la presente al Distrito Escolar de La Center a permitir que el estudiante mencionado anteriormente lleve y administre los medicamentos según lo permita su proveedor de atención médica en la Autorización para la administración de medicamentos (u otro formulario proporcionado por el proveedor de atención médica).

Para estudiantes de 18 años o más:

- Tengo 18 años y firmo este formulario en mi propio nombre. Acepto eximir de responsabilidad e indemnizar a la escuela y a los funcionarios, empleados y agentes del Distrito Escolar de La Center contra todos los reclamos, juicios o responsabilidades que surjan de mi autoadministración y/o portación de medicamentos según lo prescrito y permitido por mi proveedor de atención médica en la Autorización para la administración de medicamentos (u otro formulario proporcionado por mi proveedor de atención médica).

Entiendo que:

- Mi firma da permiso para el intercambio de información entre la enfermera escolar y el centro de atención médica.  
Proveedor con respecto al pedido de medicamentos.
- Haré un seguimiento de las fechas de vencimiento de los medicamentos.
- Proporcionaré los medicamentos en el envase original.

El distrito notifica por la presente a los padres/tutores o estudiantes adultos que ni el Distrito ni sus empleados o agentes incurrirán en ninguna responsabilidad como resultado de cualquier lesión que surja de la autoadministración o el porte personal del medicamento por parte del estudiante. Los padres/tutores/estudiante reconocen por la presente que no existirá tal responsabilidad y, en nombre de ellos mismos y del estudiante, por la presente renuncian a cualquier responsabilidad de ese tipo. Además, los padres/tutores/estudiante adulto acuerdan indemnizar y eximir de responsabilidad al Distrito, sus empleados y sus agentes contra cualquier reclamo que surja de la autoadministración o el porte personal del medicamento.

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

Firma del padre/tutor o estudiante mayor de 18 años