

AUTORIZACIÓN PARENTAL RELACIONADA CON LA AUTOADMINISTRACIÓN DE MEDICAMENTOS

Nombre del estudiante	Fecha de nacimiento	Número de identificación
Dirección	Teléfono	Código postal

_____ autorizó la autoadministración de medicamentos por parte de mi hijo.
Nombre del médico

Autoadministración de medicamentos durante la jornada escolar. Yo (madre, padre y tutor legal) autorizo que _____ tome medicamentos durante la jornada escolar. El médico también enviará una declaración por escrito en la que afirma que mi hijo es capaz de autoadministrarse los medicamentos en la escuela.

Al firmar esta declaración, exoneró de toda responsabilidad a la Junta de Educación de Chicago, así como a sus empleados y funcionarios, salvo que se trate de una conducta deliberada, por cualquier lesión que se derive de la autoadministración de medicamentos o el uso de un autoinyector de epinefrina por parte del alumno. También acepto eximir de toda responsabilidad a la Junta, así como a sus empleados y funcionarios ante cualquier demanda, salvo que esta se base en una conducta deliberada, que se derive de la autoadministración de medicamentos o el uso de un autoinyector de epinefrina por parte del alumno.

Firma del padre o tutor

Dirección

Ciudad

Código postal

Teléfono de la residencia

Celular

Teléfono del trabajo

Fecha