Petición de Asistencia en Relación a los Medicamentos de Estudiante

Para Ser Completado por el Padre /Guardián: (retornar la forma completa a la escuela de iLEAD/estudio de aprendizaje)

Fecha: _____

Nombre del Alumno ("Estudiante"): _____

Nombre del Medicamento ("Medicamento"): _____

Nombre del Doctor Quien Prescribió el Medicamento: _____

Número del Doctor Quien Prescribió el Medicamento: _____

Nombre de la Farmacia: _____

Número de la Farmacia: _____

---

1. Solicitud y Consentimiento Para Asistencia Relativa a Los Medicamentos Para el Estudiante

El Padre / Guardián firmante y el Estudiante presente piden y dan consentimiento a la siguiente asistencia de la escuela de iLEAD / Estudio de Aprendizaje, a través de sus funcionarios, empleados, agentes y voluntarios incluyendo chaperones (todos los cuales se conocen colectivamente como "escuela/ estudio de aprendizaje" en este forma) relacionados a la medicación del Estudiante durante la Actividad descrita como: _____

_____

Actividad(es) programada(s) para tomar acabo de _____/_____/_____ a: _____/_____/_____

Entiendo que debo describir específicamente cualquier petición de asistencia de la Escuela/ Estudio de aprendizaje en la sección de arriba incluso las necesidades de almacenamiento de la medicación, y la Escuela /estudio de aprendizaje se basara en la información que yo proporcione en este formulario. La Escuela/estudio de aprendizaje no proveerá asistencia inconsistente con la declaración escrita por el Doctor Quien Prescribió el Medicamento. En el caso de una desviación significativa de la declaración escrita por el Doctor Quien Prescribió el Medicamento y la Escuela/ estudio de aprendizaje, la Escuela le notificará al contacto de emergencia del Estudiante, tanto como al Doctor Quien Prescribió el Medicamento, y el Director de la Escuela /estudio de aprendizaje tan pronto como sea posible después del descubrimiento. Estoy de acuerdo que la Escuela/ estudio de aprendizaje, incluyendo cualquier funcionario, empleado, agente, voluntario o chaperón, y el (los) individuo(s) designado a continuación, pueden comunicarse directamente con el Doctor del Estudiante y / o la farmacia identificada anteriormente, cuanto sea necesario, en relación con el Estudiante y su / su medicación incluyendo la declaración escrita por el Doctor Quien Prescribió el Medicamento. Estoy de acuerdo en entregar una declaración escrita por el Doctor Quien Prescribió el Medicamento la Escuela / estudio de aprendizaje, incluyendo al Director de la Escuela/estudio de aprendizaje a más tardar una (1) semana antes del inicio de la Actividad. Adjunto esta una copia de ese formulario. Estoy de acuerdo en notificar inmediatamente a la Escuela/ estudio de aprendizaje, incluyendo al Director de la Escuela / estudio de aprendizaje, de cualquier cambio en la prescripción del Estudiante, incluyendo cambios en la medicación, dosis, frecuencia de administración o razón para la administración. Estoy de acuerdo en proporcionar cualquier medicación, materiales y equipo necesario al Director de la Escuela/estudio de aprendizaje a más tardar cinco (5) días escolares/días de estudio de aprendizaje antes del comienzo de la Actividad. Entiendo que puedo terminar mi consentimiento para la asistencia de la Escuela/estudio de aprendizaje en la administración del medicamento al informarle al Director de la Escuela/estudio de aprendizaje a través de una nota en escrito.

---

2. Personal Designado Para Administrar Medicamentos Quien No Son Parte de la Escuela/Estudio de Aprendizaje

Además, entiendo que las siguientes personas no están certificadas para administrar los medicamentos del Estudiante: la Escuela/estudio de aprendizaje, sus funcionarios empleados, agentes, o voluntarios, incluyendo chaperones asistiendo a la Actividad, es por esto que la Escuela/estudio de aprendizaje no realizara inyecciones. En cualquier circunstancia es la completa y única responsabilidad del Padre/ Guardián el determinar si la persona designada está calificada para administrar la(s) medicación(es) al Estudiante, y no la responsabilidad de la Escuela/estudio de aprendizaje.

Yo designo a las siguientes personas para administrar la Medicación al Estudiante:

Nombre del individuo designado: _____

Teléfono: _____

Dirección: _____

Indique los límites de la autoridad del individuo: _____

Yo entiendo que el individuo designado también debe de estar de acuerdo para administrar la(s) medicación(es) del Estudiante, y que la Escuela/estudio de aprendizaje no tendrá la responsabilidad de administrar la medicación (es) si es que el individuo designado no está disponible, o no está de acuerdo en hacerlo. Yo estoy de acuerdo que la Escuela/estudio de aprendizaje y el Doctor Quien Prescribió el Medicamento y la Farmacia pueden intercambiar información relacionada al Estudiante y su(s) Medicamento(s) con el individuo designado, incluyendo el proporcionar una copia de esta petición, la declaración escrita por el Doctor, y registros de medicamentos.

---

3. Asunción de Riesgos, la Liberación de la Responsabilidad, la Defensa y la Indemnización de la Escuela/estudio de aprendizaje, y sus Empleados, Chaperones, y Personas Designadas

Como consideración por la participación del Estudiante en la Actividad y la asistencia de la Escuela/estudio de aprendizaje en la administración de la medicación al Estudiante, Padre/ Guardián Legal y el Estudiante voluntariamente acuerdan a liberar, exonerar, eximir, y renunciar a cualquier y toda responsabilidad, reclamo o causa de acción por lesiones personales, muerte injusta, daños y perjuicios que puedan tener, o que puedan derivarse de aquí en adelante a ellos, como consecuencia de la administración o asistencia en la administración de Medicación en contra de iLEAD Schools, su consejo directivo, o cualquiera de sus funcionarios, empleados, voluntarios, incluyendo chaperones, agentes, compañías matrices, subsidiarias y afiliadas y los individuos designados arriba para administrar la Medicación al Estudiante. Lo hago por mí mismo, y de parte de mis herederos, albaceas, administradores y cesionarios, e incluso si tales reclamaciones o causas de acción surgen por negligencia o descuido de la Escuela/estudio de aprendizaje o por otro motivo. Además, yo, por mí mismo, mis herederos, albaceas, administradores o cesionarios estoy de acuerdo en defender e indemnizar a la Escuela/estudio de aprendizaje en el caso de que cualquier reclamación por lesiones personales indemnización por muerte injusta o daño a la propiedad de alguna manera relacionada con la administración o la ayuda en la administración de Medicamentos para el alumno. Se entiende que la administración de medicamentos implica un elemento de riesgo y peligro de daños personales y que los servicios médicos quizá no estén disponibles o no estarán disponibles de inmediato. Conociendo esos riesgos, Padre/ Guardián Legal y el Estudiante presente asumen esos riesgos.

HE LEÍDO ATENTAMENTE EL PRESENTE ACUERDO, INCLUYENDO LA ASUNCIÓN DE RIESGOS, LA RENUNCIA, LA LIBERACIÓN Y LA INDEMNIZACIÓN Y ENTIENDO COMPLETAMENTE SU CONTENIDO. EL ESTUDIANTE TAMBIÉN DEBE LEER Y FIRMAR ESTE ACUERDO.

Firma del Padre/Guardián Legal _____ Nombre del Padre/Guardián Legal (letra de molde): _____

Firma del Estudiante: _____ Nombre del Estudiante (letra de molde): _____

Teléfono del Hogar: _____ Numero de Celular: _____

Teléfono del Trabajo: _____ Correo Electrónico: _____

La Escuela/estudio de aprendizaje debe de ser notificada de inmediato en caso de cualquier cambio a la información de contacto, arriba.

ADJUNTO

Declaración Escrita del Doctor Quien Prescribió el Medicamento

Nombre del Estudiante _____

Nombre de la Medicación: _____

Dosis: _____

Método de Administración: _____

Fecha(s) en la(s) Cual(es) la Medicación Debe de Ser Administrada: _____

Horas en las Cuales la Medicación Debe de Ser Administrada: _____

Otra información relevante a la administración de medicación al Estudiante o para ayudar en la administración de medicación al Estudiante, incluyendo requerimientos de almacenamiento y manipulación:

_____

_____

_____

El siguiente proveedor de servicios médicos firmando en la siguiente sección certifica que él/ella lleno la prescripción para la medicación mencionada arriba para el Estudiante.

Firma del Doctor Quien Lleno la Prescripción: _____

Nombre del Doctor Quien Lleno la Prescripción (letra de molde): _____

Numero Telefónico del Doctor Quien Lleno la Prescripción: _____

Domicilio del Doctor Quien Lleno la Prescripción: _____