

**PERMISO PARA QUE EL ESTUDIANTE LLEVE O SE AUTOADMINISTRE EPINEFRINA**

Nombre del estudiante: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_

Yo, como proveedor de atención médica, certifico que este estudiante tiene antecedentes médicos de reacción alérgica grave y ha sido entrenado en el uso del medicamento prescrito y se considera que es capaz de llevar y autoadministrarse epinefrina. El enfermero o personal designado de la escuela deben ser notificados cada vez que se utilice el medicamento/inyector. Este estudiante entiende los peligros de compartir medicamentos con otras personas y ha aceptado abstenerse de esta práctica. Entiendo que la escuela puede retirar el permiso para poseer y autoadministrarse dicho medicamento para emergencias en cualquier momento durante el año lectivo si se determina que el estudiante ha abusado del privilegio de posesión y autoadministración o que el estudiante no se autoadministra el medicamento de manera segura y efectiva.

 Llevarlo por cuenta propia Autoadministrarlo\_\_\_\_\_  
Firma del estudiante\_\_\_\_\_  
Nombre del estudiante en letra imprenta\_\_\_\_\_  
Fecha\_\_\_\_\_  
Firma del proveedor de  
atención médica\_\_\_\_\_  
Nombre del proveedor de atención  
médica en letra imprenta\_\_\_\_\_  
Fecha\_\_\_\_\_  
Firma del padre/tutor\_\_\_\_\_  
Fecha\_\_\_\_\_  
Firma del Director/Designado\_\_\_\_\_  
Fecha