



Servicios de Salud  
2407 LaPorte Ave  
Fort Collins CO 80521

## Autorización y Liberación de Responsabilidades para Administrar Medicina a un Estudiante en *Pingree Park*

Por cada medicina que se vaya a administrar a un estudiante, se debe entregar por separado y por escrito una Autorización y Liberación de Responsabilidades.

[Para llenar por el padre, madre o tutor]

Nombre del estudiante: _____	# de identificación del estudiante: _____
Fecha de nacimiento: _____	Grado: _____ Año escolar: _____
Escuela a la que asiste el estudiante: _____	Número de fax: _____
Escuela/actividad en donde va a ser administrada la medicina: _____	

[Para llenar por el profesional de la asistencia médica]

<b>Health Care Provider Authorization and Directions</b> ("Autorización e Instrucciones del Profesional de la Asistencia Médica")	
Name of Medicine: _____	
The Medicine is: <input type="checkbox"/> Prescription <input type="checkbox"/> Nonprescription	
Purpose of Medicine: _____	
Dosage: _____	Route of Administration: _____
Time(s) the Medicine is to be administered: _____	
Starting Date: _____	Ending Date: _____
(Todas las autorizaciones se vencen al final del año escolar.)	
Possible Side Effects of Medication: _____	
Printed Name of Health Care Provider: _____	Office Phone: _____
Signature of Provider: _____	Date: _____

### **Instrucciones Especiales**

**Medicación con receta:** Se debe entregar a la escuela en el recipiente original de la farmacia, con su respectiva etiqueta que lleve impreso el nombre del estudiante, el nombre de la medicina, la dosis, el nombre del profesional de la asistencia médica que ha recetado la medicación (el cual debe llenar la información de la sección llamada "Health Care Provider Authorization and Directions") la fecha en que se pidió la receta médica y la fecha de vencimiento.

**Medicación sin receta:** Se debe entregar a la escuela en el recipiente original de la compañía farmacéutica u otro distribuidor comercial de la medicina.

[Para leer y firmar por el padre, madre o tutor]

### **Solicitud del Padre de Familia o Tutor, Permiso y Liberación de Responsabilidades**

Por medio de la presente, solicito y doy mi permiso al Distrito Escolar Poudre R-1 (PSD, por sus siglas en inglés) y/o a la Universidad del Estado de Colorado (CSU, por sus siglas en inglés) para que administre a mi hijo/a la medicina nombrada en este documento, en la sección "Health Care Provider Authorization and Directions", de acuerdo a lo especificado por el profesional de la asistencia médica. En conexión con mi solicitud, por medio de la presente autorizo al profesional de la asistencia médica para que provea información al personal del Distrito Escolar y/o de CSU, que pueda estar involucrado en la administración de la medicina a mi hijo/a. Por medio de la presente, y si se me concede mi solicitud (como se indica con la firma del empleado en la Autorización del PSD de la parte inferior), libero y eximo al Distrito Escolar y/o a CSU y a sus miembros de la junta directiva, 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/a o por su representante por cualquier y todos los daños, incluyendo alguna lesión personal a mi hijo/a, que puedan surgir como consecuencia de la administración de la medicina a mi hijo/a de la manera establecida en la parte superior de este documento, o en conexión con dicha administración.

Firma del padre, madre o tutor: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

### **PSD Authorization:**

Employee Signature: \_\_\_\_\_ Date: \_\_\_\_\_