

Contrato de autotransporte de Epi-pen

Alumno: _____ fecha de nacimiento: _____ Calificación: _____

Acepto conservar mi Epi-pen para usarlo de manera responsable para mi uso personal según las indicaciones de mi proveedor de atención médica. He recibido instrucciones sobre el uso de este medicamento y seguiré las instrucciones de mi proveedor de atención médica. No compartiré mi medicamento con ninguna otra persona. Notificaré a un adulto que necesito o he administrado mi Epi-pen. Se llamará al 911 simultáneamente para administrar un Epi-pen. Entiendo que si no sigo este acuerdo, perderé el privilegio de poder llevar mi medicamento conmigo. Me transportaré diariamente hacia y desde la escuela y tendré el medicamento anterior conmigo para todas las excursiones, deportes y cualquier actividad escolar. He recibido instrucciones sobre las precauciones universales y desecharé correctamente la jeringa usada.

Por lo tanto, me doy cuenta de que YO **SOY RESPONSABLE** por llevar a cabo este plan.

Firma del estudiante _____ Fecha _____

Acepto que _____ (Nombre del estudiante) ha recibido instrucciones sobre cuándo y cómo usar correctamente su Epi-pen y que puede hacerlo en la escuela. Creo que mi hijo es responsable de la atención de emergencia o de notificar a un adulto la necesidad de tomar el medicamento de emergencia. Entiendo que se debe colocar una etiqueta en el medicamento que incluya el nombre del estudiante y una copia de la receta actual. Será responsabilidad de mi hijo llevar su Epi-pen a la escuela y mantenerlo consigo en todo momento. Se llamará al 911 para cualquier administración de Epi-pen.

Firma de los padres _____ Fecha _____

Esta sección debe ser completada por el proveedor de atención médica

I have diagnosed _____ with _____
Student name Name of chronic disease

for which emergency medication _____ may be needed while
Name of Medication
at school or during school sponsored activities.

I have instructed this patient how to safely and appropriately use this medication and I believe that they are capable of using the medication as instructed. I believe that this patient should carry this medication and will use it in a responsible manner, in accordance with my orders and instructions.

Provider Name: _____

Provider Signature _____ Date _____

Este contrato está vigente por el año escolar _____ a menos que sea revocado por el médico o el estudiante no cumpla con las contingencias de seguridad anteriores.