



CERTIFICACIÓN DEL PROVEEDOR DE YPS Y PERMISOS DE LOS PADRES PARA EL USO Y TRANSPORTE DE MEDICAMENTOS DE FORMA INDEPENDIENTE

Instrucciones para el proveedor de atención médica: este formulario se puede utilizar como anexo a una orden de medicación que no contenga el diagnóstico y la certificación necesarios para que un estudiante lleve y use su medicación de forma independiente, tal como lo exige la ley del estado de Nueva York. Se necesita una **orden del proveedor** y el **permiso de los padres o tutores** para que un estudiante lleve y use medicamentos que requieran una administración rápida para prevenir resultados negativos para la salud.

Estos medicamentos se deben identificar marcando las casillas correspondientes a continuación.

Nombre del estudiante: _____ **Fecha de nacimiento:** _____

Permiso del proveedor de atención médica para uso y porte independiente

Certifico que este estudiante me ha demostrado que puede administrarse por sí mismo los medicamentos que se enumeran a continuación de forma segura y eficaz, y que puede llevar y usar este medicamento (con un dispositivo de administración si es necesario) de forma independiente en cualquier escuela o actividad patrocinada por la escuela. La intervención y el apoyo del personal solo son necesarios durante una emergencia. Esta orden se aplica a los medicamentos marcados a continuación:

A este estudiante se le diagnostica:

- ☐ Alergia y requiere autoinyector de epinefrina
- ☐ Asma o afección respiratoria y requiere medicación de rescate respiratorio inhalada.
- ☐ Diabetes y requiere insulina/glucagón/suministros para la diabetes
- ☐ _____ que requiere una administración rápida de _____
(Diagnóstico) (Nombre del medicamento)

Firma: _____ **Fecha:** _____

Permiso de los padres o tutores para uso y porte independiente

Acepto que mi hijo/a puede usar su medicación de manera eficaz y puede llevarla consigo y usarla de manera independiente en cualquier escuela o actividad patrocinada por la escuela. La intervención y el apoyo del personal solo son necesarios en caso de emergencia.

Firma: _____ **Fecha:** _____

Por favor, devuelva a la enfermera de la escuela:

Enfermera:		Escuela:
Teléfono:	Fax:	Correo electrónico: