



COMMUNITY CONSOLIDATED SCHOOL DISTRICT 59  
2123 S. Arlington Heights Road \* Arlington Heights, IL 60005  
847-593-4300

**EXIMIR LA RESPONSABILIDAD E INDEMNIZACIÓN PARA AUTO-ADMINISTRAR MEDICAMENTO PARA EL ASMA Y/O POSSESIÓN DE UNA JERINGA “EPINEPHRINE” (Epi-Pen®)**

**Esta sección debe ser llenada y firmada por: (i) el médico del estudiante; (ii) el asistente médico; o (iii) una enfermera registrada con experiencia.**

Nombre del Estudiante: \_\_\_\_\_

Nombre del Medicamento: \_\_\_\_\_

Propósito del Medicamento: \_\_\_\_\_

Dosis Prescrita: \_\_\_\_\_

La hora o circunstancia especial en la cual el medicamento debe ser suministrado:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Firma del Doctor, Asistente al Médico  
o Enfermera Registrada

\_\_\_\_\_  
Escriba su nombre  
con letra de molde

\_\_\_\_\_  
Fecha

**Esta sección debe ser llenada por el padre del estudiante o tutor.**

Con respecto a la autorización otorgada, bajo la Sección 105 ILCS 5/22-30 del Código Escolar en Illinois, Por la presente hago constar que mi hijo / hija, \_\_\_\_\_, puede auto-administrarse el medicamento mencionado en la parte de arriba y/o jeringa epinephrine (Epi-Pen®).

Yo acepto la indemnización y eximo la responsabilidad al Distrito Escolar y la Junta de Educación, miembros del comité educativo, oficiales, empleados y voluntarios de cualquier reclamo, responsabilidad, pérdida o gasto, incluyendo los honorarios razonables de un licenciado, que sean afectados por cualquier tipo de indemnidades precedentes y del surgimiento de un reclamo relacionado directo o indirectamente a la auto-administración del medicamento asmático y/o jeringa epinephrine que yo le traje a mi hijo(a), cualquier padre o tutor de mi estudiante u otro estudiante, o por medio de mi estudiante o cualquier otro estudiante. Nosotros entendemos que el Distrito Escolar y los individuos no deben adquirir ninguna responsabilidad como resultado de una lesión como consecuencia de la auto administración del medicamento suministrado, sin embargo, esta indemnización y el compromiso de ser responsable no se aplica al comportamiento malévolo e intencionado con indemnizaciones precedentes.

\_\_\_\_\_  
Firma del Padre o Tutor

\_\_\_\_\_  
Escriba su nombre con letra de molde

\_\_\_\_\_  
Fecha

*Esta forma solo tiene validez por el año escolar que esta cursando.*