

## AUTORIZACION DE PADRES/TUTOR PARA LA ADMINISTRACIÓN DE EPINEFRINA

Por la presente solicito que la dosis individual pre-llenada, de mecanismo de auto-inyector que contiene epinefrina ordenada para mi hijo(a) \_\_\_\_\_ por el Doctor \_\_\_\_\_ y proporcionada a la escuela por mí mismo(a), sea administrada por la enfermera certificada de la escuela o delegado(a) predeterminado(a) asignado(a) a mi hijo(a). \*

***Entiendo que la enfermera de la escuela podrá delegar, previa consulta con el Administrador Escolar en Jefe y la Junta de Educación, otro(a) empleado(a) del distrito escolar para administrar la dosis pre-llenada, de mecanismo de auto-inyector que contiene epinefrina. (Junta de Enfermería del Estado de Nueva Jersey NJSA 18A:40-12.5 y 12.6 [P.L. 199.C3687]).*** Entiendo que, si por alguna razón, la enfermera certificada de la escuela no puede administrar la epinefrina, el/la delegado(a) predeterminado(a) administrará la misma. Entiendo que, si por alguna razón el/la delegado(a) predeterminado(a) no puede administrar la epinefrina, 9-1-1 será llamado para apoyar a mi hijo(a).

Entiendo que después de la administración de epinefrina en la escuela, mi hijo(a) será transportado(a) inmediatamente al centro hospitalario más cercano para evaluación y posible tratamiento por el médico a cargo.

Doy mi permiso para que la enfermera certificada de la escuela contacte al médico antes mencionado, en relación con mi hijo(a).

Entiendo que si los procedimientos especificados en el NJSA 18A: 40-12,5 son seguidos, el distrito de Lindenwold, la Junta de Educación de Lindenwold o sus empleados(as) o agentes no tendrán ninguna responsabilidad como resultado de cualquier daño derivado de la administración de una dosis pre-llenada, de mecanismo de auto-inyector que contiene epinefrina a mi hijo(a).

He leído los "Protocolos de Capacitación para la Administración de Emergencia de Epinefrina" y estoy de acuerdo con este procedimiento. Estoy de acuerdo en que el distrito y sus empleados(as) o agentes no tendrán responsabilidad como resultado de cualquier daño derivado de la administración de una dosis pre-llenada, de mecanismo de auto-inyector que contiene epinefrina a mi hijo(a). Exoneraré y mantendré indemne al distrito y sus empleados(as) o agentes de cualquier reclamo que surja de la administración de una dosis pre-llenada, de mecanismo de auto-inyector que contiene epinefrina a mi hijo(a).

NOMBRE PADRES (Letra imprenta): \_\_\_\_\_

DIRECCIÓN: \_\_\_\_\_

TELÉFONO: \_\_\_\_\_ FECHA: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
FIRMA

\_\_\_\_\_  
RELACIÓN CON ESTUDIANTE