DEPARTAMENTO DE SALUD
GOBIERNO DE PUERTO RICO

FORMULARIO III

AUTORIZACIÓN Y RELEVO DE RESPONSABILIDAD

(PARA SER COMPLETADO POR EL PADRE, MADRE O ENCARGADO)

(SOLAMENTE SI EL MÉDICO CERTIFICA QUE EL ESTUDIANTE **PUEDE** ADMINISTRARSE POR CUENTA PROPIA LOS MEDICAMENTOS DE ASMA)

Yo, _____, (padre __, madre __, tutor/a __, o encargado/a __) autorizo a mi hijo(a) _____ (escuela pública ___ o institución privada ____) del distrito escolar _____ donde cursa el _____ grado, a ejercer su derecho a administrarse por cuenta propia sus medicamentos de asma, según lo establece la Ley Núm. 56 de 1 de febrero de 2006, según enmendada.

(Iniciar todas las siguientes premisas):

_____ Entiendo que la escuela no se hace responsable de los resultados negativos al estudiante durante la administración por cuenta propia, o la no administración, de los medicamentos de asma aprobada por su médico para tratar su asma.

_____ Reconozco que el Distrito y sus escuelas, empleados y agentes estarán exentos de responsabilidad civil por actor y omisiones bajo la Ley 56-2006, según enmendada, excepto por actos criminales, maldad intencional, negligencia grave o mala conducta premeditada.

_____ Tengo conocimiento que este permiso de poseer y administrarse por cuenta propia sus medicamentos de asma durante el horario escolar regular y extendido puede ser revocado por el(la) principal de la escuela o encargado escolar si éste determina que el estudiante no se está administrando adecuadamente o no está haciendo buen uso de los medicamentos (distribución o venta).

_____ Tengo conocimiento de que los documentos requeridos para que el estudiante se administre por cuenta propia los medicamentos de asma, deben renovarse anualmente y cada vez que el plan de tratamiento del estudiante cambie.

_____ Me comprometo a informar inmediatamente a la escuela si cambio mi número de teléfono y a ofrecer números de teléfono alternos si tengo disponibles para que me informen en caso de una emergencia con el(la) estudiante.

_____ Tengo conocimiento que ésta autorización y relevo de responsabilidad para el Departamento de Educación, institución privada, el personal escolar y el Departamento de Salud, cubre al estudiante durante el horario escolar regular y extendido cuando esté participando en actividades educativas fuera del plantel escolar, según se establece en el Plan de Acción de para Continuidad de Tratamiento Médico durante el Horario Escolar para los Estudiantes con la Condición de Asma.

Nombre del padre, madre, tutor(a), o encargado(a): _____

Firma del padre, madre, tutor(a), o encargado(a): _____

Fecha (día/mes/año): ___/___/_____

Recibido por: Director/a de escuela o representante autorizado: _____

Firma del Director/a de la escuela o representante autorizado:

_____

Fecha (día/mes/año): ___/___/_____

***Este documento debe renovarse anualmente.**
Original: Expediente del estudiante en la escuela. Copia: Padre, madre, tutor(a), o encargado(a).