DEPARTAMENTO DE SALUD
GOBIERNO DE PUERTO RICO

RELEVO DE RESPONSABILIDAD

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

(SOLAMENTE SI EL MÉDICO CERTIFICA QUE EL ESTUDIANTE **NO** PUEDE ADMINISTRARSE POR CUENTA PROPIA LOS MEDICAMENTOS DE ASMA)

Yo, _____, (padre__, madre__, tutor/a__, o encargado/a___) de
nombre (letra de molde)

_____, estudiante de ___ años, quien actualmente está matriculado/a en
(nombre de estudiante en letra de molde)

_____ (escuela pública___ o institución privada___) del distrito escolar
(nombre de la escuela en letra de molde)

_____ donde cursa el _____ grado:

(Iniciar todas las siguientes premisas):

_____ Tengo conocimiento de que el médico no certificó que el estudiante se puede administrar por cuenta propia el medicamento durante el horario escolar regular y extendido.

_____ Entiendo que la escuela no se hace responsable de los resultados negativos al estudiante de la no administración por cuenta propia o por el padre, madre, tutor/a o encargado/a, de los medicamentos de asma.

_____ Reconozco que el Distrito y sus escuelas, empleados y agentes estarán exentos de responsabilidad civil por actos u omisiones bajo la Ley Núm. 56 del 1 de febrero de 2006, según enmendada, excepto por actos criminales, maldad intencional, negligencia grave o mala conducta permitida.

_____ 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 (entiéndase, el Plan de Acción de Asma). De esta forma cuando el médico certifique que el estudiante puede administrarse por cuenta propia el medicamento podrá ejercer este derecho.

_____ 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 este relevo de responsabilidad para el Departamento de Educación, 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 Asma para la Continuidad de Tratamiento Médico durante el Horario Escolar o en el Hogar para los Estudiantes con la Condición de Asma.

Nombre del padre, madre, tutor/a, o encargado/a: _____
(letra de molde)

Firma del padre, madre, tutor/a, o encargado/a: _____

Fecha (día/mes/año): ___ / _____ / _____

Recibido por: director de escuela o representante autorizado: _____
(letra de molde)

Firma del director de 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, encargado/a.