**ESCUELAS PÚBLICAS DE DENVER
 DIVISIÓN DE SERVICIOS DEL ESTUDIANTE
 Y ESTUDIANTES DE ENFERMERÍA DE SERVICIOS DE SALUD**

 **2018-2019**

**CONTRATO PARA ESTUDIANTES QUE LLEVAN CONSIGO Y SE AUTO ADMINISTRAN EPI-PEN MIENTRAS ESTÁN EN LA ESCUELA**

|  |
| --- |
| **ESTUDIANTE** |
| * Mantendré conmigo en todo momento en la escuela, mi Epi-pen
* Estoy de acuerdo y usaré mi Epi-pen de manera responsable, solamente como me ordenó mi doctor/enfermera practicante.
* Notificaré a la oficina de la escuela inmediatamente si mi Epi-pen ha sido usado.
* Si pierdo mi Epi-pen notificaré a en la escuela y el/ella lo notificará a mi padre/madre/tutor
* No permitiré que ninguna otra persona use mi Epi-pen.

Firma del estudiante Fecha / /   |
| **PADRE/MADRE/TUTOR** |
| Este contrato está en vigencia para el presente año escolar a menos que fuera revocado por el médico o la enfermera de la escuela si el estudiante no cumple con las contingencias de seguridad arriba descritas.* Estoy de acuerdo y verificaré que mi estudiante lleve con el/ella su medicación prescrita, que el dispositivo contenga medicina y la medicina no este caducada
* Me han recomendado que provea a la oficina de salud un Epi-pen para cualquier emergencia.
* Revisaré en que estado está la alergia de mi estudiante con el/ella, de manera regular, como lo acordé en el plan de tratamiento.
* Entiendo que tengo la opción de retirar mi permiso para que mi estudiante lleve y se auto administre su Epi-pen.

Firma del Padre/Madre/Tutor Fecha / / Revocación del permiso Firma / Fecha / /   |
| **ENFERMERA ESCOLAR** |
| * El estudiante arriba mencionado ha demostrado técnicas correctas para el uso del Epi-pen y un entendimiento de la orden del médico para el uso de Epi-pen para una emergencia.
* El personal escolar que necesita saber acera de la condición del estudiante y que el/ella necesita llevar consigo su medicación, ya ha sido notificado

Firma de la enfermera escolar Fecha / / Revocación del permiso Firma de la enfermera escolar/Fecha Razón de la revocación  |

4/2018