



LEVITTOWN PUBLIC SCHOOLS
Levittown Memorial Education Center
150 Abbey Lane
Levittown, New York 11756



Ms. Michele Ortiz, **Director**
 World Language and ENL
 Health Services

**CERTIFICACIÓN DEL PROVEEDOR Y PERMISOS DE LOS PADRES
 PARA EL USO Y TRANSPORTE DE MEDICAMENTOS INDEPENDIENTES**

Instrucciones para el proveedor de atención médica: este formulario se puede usar como un anexo a una orden de medicamentos que no contiene el diagnóstico y la certificación requeridos para que un estudiante lleve y use su medicamento de manera independiente según lo exige la ley del estado de Nueva York.

Se necesita una **orden del proveedor y el permiso del padre/tutor** para que un estudiante lleve y use medicamentos que requieren una administración rápida para evitar resultados negativos para la salud. Estos medicamentos deben identificarse marcando las casillas correspondientes a continuación.

Nombre del estudiante: _____ **Fecha de nacimiento:** _____

Permiso del proveedor de atención médica para uso y transporte independientes
 Doy fe de que este estudiante me ha demostrado que puede autoadministrarse los medicamentos enumerados a continuación de manera segura y efectiva, y puede llevar y usar este medicamento (con un dispositivo de administración si necesario) de forma independiente en cualquier escuela/actividad patrocinada por la escuela. La intervención y el apoyo del personal son necesarios solo durante una emergencia. Esta orden se aplica a los medicamentos marcados a continuación:

Este estudiante es diagnosticado con:

Alergia y requiere autoinyector de epinefrina
 Asma o afección respiratoria y requiere medicación de rescate respiratoria inhalada
 Diabetes y requiere suministros de insulina/glucagón/diabetes
 _____ que requiere la administración rápida de _____
(Diagnóstico estatal) (Nombre del medicamento)

Firma del Dr.: _____ Fecha: _____

Permiso de los padres/tutores para uso y transporte independientes
 Estoy de acuerdo en que mi hijo puede usar su medicamento de manera efectiva y puede llevar y usar este medicamento de forma independiente en cualquier escuela/actividad patrocinada por la escuela. La intervención y el apoyo del personal son necesarios solo durante una emergencia. Aconsejaré a mi hijo que notifique a la enfermera de la escuela cada vez que se autoadministre en la escuela.

Fecha de firma: _____

Por favor devuélvalo a la enfermera escolar:

Enfermera de la escuela:		Escuela:
Teléfono #:	Fax:	Correo electrónico:

Dr. Sello: