

HAMILTON TOWNSHIP SCHOOL DISTRICT

2445 Kuser Road

Hamilton, New Jersey 08690

(609) 631-4165

Marta Audino, MAT, M.Ed.

Director of Student Services & Programs

Re: Automedicación del alumno

Estimado Padre:

Esto es para aconsejarle que a un estudiante ahora se le puede permitir auto administrar medicamentos para el asma u otras enfermedades potencialmente mortales. Debemos recibir una Certificación del médico del niño(a), por escrito, de que el estudiante tiene asma u otra enfermedad potencialmente mortal y que el niño es capaz de y ha sido instruido en la administración adecuada de la medicación requerida.

El Departamento de Educación también requiere una autorización por escrito del padre o guardián para la autoadministración del medicamento por el estudiante. El Departamento de Educación de Hamilton Township no incurrirá en ninguna responsabilidad como resultado de cualquier lesión que surja de la automedicación. Se adjunta a esta carta un Acuerdo de Indemnización y Responsabilidad por el cual el padre o guardián de un estudiante que auto administra medicamentos acepta indemnizar y mantener al Distrito Escolar inofensivo contra cualquier reclamo de lesión que surja como resultado del autoadministración de cualquier medicamento por arte del alumno.

Este permiso para auto administrar medicamentos es efectivo para el año escolar para que es concedido y deber ser renovado cada año siguiente el proceso describió arriba.

Si desea que su hijo(a) sea permitido(a) a autoadministración medicamento por favor firma y devolver la autorización adjunta, obtenga la Certificación de médico de su hijo(a) firmado y devolver el Acuerdo de Indemnización y Retención Indemne.

Muy atentamente,

Marta Audino, MAT, M.Ed.

Directora de Servicios y Programas Estudiantiles

Encl.

AVISO

LA TARJETA DE EDUCACION DE HAMILTON TOWNSHIP NO INCURRIRA NINGUNA RESPONSABILIDAD COMO RESULTADO DE NINGUNA LESION QUE SURJA DEL MISMO ADMINISTRACION DE LA MEDICAMENTO POR UN ESTUDIANTE

ACUERDO DE INDEMNIZACION

ESTE ACUERDO hecho este _____ Día de _____, 20____, por _____ (Nombre of Padres y/o Guardián(s) con domicilio de _____ y el departamento de educación del municipio de Hamilton.

_____, los Padres y/o Guardián (s) de _____ por este medio promesa(s), convenio(s) y acuerdo(s) de mantener inofensivo, proteger e indemnizar el DEPARTAMENTO DE EDUCACIÓN de HAMILTON TOWNSHIP de y contra todos y cada uno de los pasivos, pérdidas, danos y perjuicios, gastos y cargos que son incurridos por DEPARTAMENTO DE EDUCACIÓN de HAMILTON TOWNSHIP que surja directamente o no directamente de la autoadministración de medicamentos por _____.

Fecha

Padre o Guardián Legal

Fecha

Padre o Guardián Legal

Fecha

Marta Audino, MAT, M.ed.
Directora de Servicios y Programas Estudiantiles

Nombre de Estudiante: _____
Escuela: _____
Grado: _____
Año: _____

AUTORIZACIÓN

Yo, _____, soy el Padre y/o Guardián de
_____, un estudiante con el Distrito Escolar del
Municipio de Hamilton Township. Yo, autorizo/ar _____
para que se administre medicamento durante el _____ año de escuela.

Fecha

(Padre y/o Guardián)

Nombre del estudiante: _____

Escuela: _____

Grado: _____