

**Santa Cruz Unified School District # 35**  
**Autorización para la Administración de Epi-Pen**

Nombre del Estudiante: (Nombre, Inicial, Apellido) \_\_\_\_\_

Sexo: (circule) a) femenino b) masculino      Fecha de nacimiento: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

Escuela: \_\_\_\_\_

**COMPLETAR POR EL PADRE / TUTOR**

Nombre de la madre: \_\_\_\_\_

Nombre del padre: \_\_\_\_\_

Numero Telefónico/trabajo: (Mamá) \_\_\_\_\_

Numero Telefónico/trabajo: (Papá) \_\_\_\_\_

Teléfono de la Casa: \_\_\_\_\_ Teléfono de Emergencia: \_\_\_\_\_

Nombre del Médico: \_\_\_\_\_ Teléfono del Médico: \_\_\_\_\_

Yo autorizo a mi hijo/ a llevar consigo y administrar la epinefrina auto-inyectable. He dado instrucciones a mi hijo/a de no poner a disposición, o dar el medicamento a otro estudiante. Mi hijo/a notificará inmediatamente la pérdida o robo de este medicamento. Mi hijo/a esta consciente de que el mal uso de este medicamento puede tener consecuencias disciplinarias. Además, he aconsejado a mi hijo/ a que si la epinefrina auto-inyectable fuera autoadministrada, esto deberá ser informado a la Oficina de Salud de inmediato.

Firma del Padre/Tutor: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Comentarios:

---

---

---

---

---