



Colegio Nuestra Señora de Guadalupe

Box 364125 – San Juan, PR 00936-4125 • Tel. 787-782-0330 • E Mail: colegioguadalupepn@yahoo.com
Web page: www.colegioguadalupe.org • Facebook: <https://www.facebook.com/cnsgpn/>

FORMULARIO III AUTORIZACIÓN Y RELEVO DE RESPONSABILIDAD

(para ser completado por el padre, madre o encargado)

(SOLAMENTE SI EL MÉDICO CERTIFICA QUE EL ESTUDIANTE PUEDE ADMINISTRARSE POR CUENTA PROPIA LOS MEDICAMENTOS DE ASMA)

Yo, _____, (padre , madre , tutor/a , o encargado/a) autorizo a mi hijo(a) _____, estudiante de _____ años de edad, quien
(NOMBRE ESTUDIANTE LETRA DE MOLDE)
actualmente está matriculado (a) en el Colegio Nuestra Señora de Guadalupe que es una institución privada del distrito escolar San Juan, donde cursa el _____ grado, a ejercer su derecho a administrarse por cuenta propia sus medicamentos de asma, según lo establece la Ley Núm. 56 de 1 de febrero de 2006, según enmendada.

(Iniciar **todas** las siguientes premisas):

- Entiendo que la escuela no se hace responsable de los resultados negativos al estudiante durante la administración por cuenta propia, o la no administración; de los medicamentos de asma aprobada por su médico para tratar su asma.
- Reconozco que el Distrito y sus escuelas, empleados y agentes estarán exentos de responsabilidad civil por actos u omisiones bajo la Ley 56-2006, según enmendada, excepto por actos criminales, maldad intencional, negligencia grave o mala conducta premeditada.
- Tengo conocimiento que este permiso de poseer y administrarse por cuenta propia sus medicamentos de asma durante el horario escolar regular y extendido puede ser revocado por el (la) principal de la escuela o encargado escolar si éste determina que el estudiante no se está administrando adecuadamente o no está haciendo buen uso de los medicamentos (distribución o venta).
- 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.
- 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 esta autorización y relevo de responsabilidad para el Departamento de Educación, institución privada, 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 para Continuidad de Tratamiento Médico durante el Horario Escolar 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 o encargad**



MISIÓN: Se aspira a que la misma esté dirigida al desarrollo integral de los estudiantes enmarcado en los grandes principios de la fe cristiana.