



**GWINNETT COUNTY PUBLIC SCHOOLS
HYPODERMIC INJECTION PERMIT
PERMISO PARA USAR INYECCIONES HIPODÉRMICAS**

DATE (Fecha): _____ SCHOOL YEAR (Año escolar): _____

STUDENT NAME (Nombre del estudiante): _____ STUDENT ID (Identificación del estudiante): _____

SCHOOL (Escuela): _____ PRINCIPAL (Director): _____

NAME OF MEDICATION: _____ DOCTOR: _____

(Nombre del medicamento)

(Médico)

PRESCRIPTION NUMBER: _____ DOSAGE: _____

(Número de la receta médica)

(Dosis)

NAME OF MEDICATION: _____ DOCTOR: _____

(Nombre de la medicina)

(Médico)

PRESCRIPTION NUMBER: _____ DOSAGE: _____

(Número de la receta médica)

(Dosis)

Permission is hereby granted to the local school principal or his/her designee to administer hypodermic injections to my child for prescribed medicines.

I hereby release and discharge the Gwinnett County Board of Education, its employees and officials, from any and all liability in case of accident or any other mishap because of negligence in administering said injection or because of side effects, illness, or any other injury which might occur to my student through administering said injection, and I hereby release said aforementioned officials from any liability because of any injury or damage which might occur.

Con la presente doy mi permiso para que el Director de la escuela o la persona que sea designada le aplique las inyecciones a mi hijo (a) con la medicina recetada.

Con la presente eximo a la Junta de Directores de Educación de las Escuelas Públicas del Condado de Gwinnett, a sus empleados y administradores, de toda responsabilidad en caso de accidente o de cualquier percance causado por negligencia al aplicar dichas inyecciones o en caso de que el estudiante sufra efectos secundarios, enfermedad, o alguna lesión cuando se le administre dicha inyección. Con la presente también eximo a los administradores y al personal escolar mencionado anteriormente de cualquier responsabilidad a causa de cualquier lesión, herida o daño que pueda ocurrir.

SIGNED AND SEALED, this the _____ day of _____, 200_____

Firmado y notarizado,

el

día de

Año

SIGNATURE OF PARENT OR GUARDIAN *(Firma del padre/madre o tutor)*

Witnessed by *(firma de la persona que sirvió como testigo):*

Notary Public

Seal