



Distrito Escolar Philomath

AUTOMEDICACIÓN

Los estudiantes que son capaces, por su desarrollo o su comportamiento, pueden administrarse medicamentos, conforme a lo siguiente:

- 1) Este formulario de acuerdo de automedica debe presentarse para toda automedicación.
  - La autoadministración de medicación no recetada requiere este formulario y la autorización de un administrador de la escuela. La autoadministración de medicamentos aprobados que no sean de FDA debe incluir también una orden escrita de quien la recetó.
  - La autoadministración de medicación recetada requiere este formulario y la autorización de un administrador de la escuela, o de una enfermera certificada de la escuela o de alguien autorizado para emitir la receta. El consentimiento por parte de quien emite la receta puede incluirse en la etiqueta de la receta o en este formulario de acuerdo de automedicación.
- 2) Todos los medicamentos deben guardarse en su envase original debidamente etiquetado, como sigue:
  - Las etiquetas de la receta deben especificar el nombre del estudiante, el nombre de la medicación, la dosis, la vía de administración la frecuencia o la hora de la administración y las demás instrucciones especiales.
- 3) Queda estrictamente prohibido compartir o prestar la medicación con otro estudiante.
- 4) El permiso de automedicación pudiera ser revocado si el estudiante comete una infracción de la política del distrito escolar, que rige la administración de la medicación o de estos reglamentos. Además, el estudiante puede ser sujeto a acciones disciplinarias, hasta e incluyendo la expulsión, según sea el caso si se comete una infracción en la política de la automedicación.
- 5) No se permite la automedicación de sustancias controladas o analgésicos narcóticos.

---

Nombre del estudiante: \_\_\_\_\_

He leído y estoy de acuerdo con los criterios anteriores y doy mi permiso para autoadministrar:

Nombre del medicamento: \_\_\_\_\_

Firma: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Estoy de acuerdo en cumplir con los criterios anteriores:

Firma: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Por favor, permita que este estudiante se administre este medicamento. (El estudiante debe ser capaz, a nivel de desarrollo y de comportamiento de autoadministrarse.)

Firma del Prescriptor/Doctor o la enfermera del Distrito Escolar \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Office Only

---

\_\_\_\_ Este estudiante puede llevar y administrarse esta medicación según lo recetado.

\_\_\_\_ Este estudiante puede administrarse esta medicación según lo recetado, pero la medicación se guardará en la oficina.

Firma del administrador de la escuela: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_