

Autorización para que el estudiante lleve consigo y se autoadministre sin supervisión medicamentos de venta libre (OTC, Over the Counter) sin receta

Uno de los padres o el tutor legal debe llenar y firmar un nuevo formulario de consentimiento cada ciclo escolar para cada medicamento de venta libre. Este formulario debidamente llenado debe constar en el expediente médico del estudiante antes de que este pueda llevar consigo y autoadministrarse medicamentos en la escuela.

Nombre del estudiante:	Fecha de nacimiento:
Escuela:	Grado:

Nombre del medicamento: _____

Dosis: _____

Tiempo/frecuencia de administración: _____

Con mi firma a continuación indico lo siguiente:

- Como padre, madre o tutor legal del estudiante de grado K-12 anteriormente indicado, solicito que se le permita llevar consigo y autoadministrarse un medicamento de venta libre (OTC) durante el horario escolar. Entiendo que mi hijo/a debe poder conservar en su poder de forma segura este medicamento de venta libre y autoadministrárselo de forma independiente sin ayuda ni supervisión.
- He enseñado a mi hijo/a el uso adecuado de este medicamento.
- Entiendo que a mi hijo/a no se le permite poseer o llevar un surtido de más de 1-2 dosis de cualquier medicamento de venta libre durante el horario escolar en el caso de que sea estudiante de los grados K-5 (se recomienda que sea de tipo masticable o en forma de pastillas/comprimidos), y un surtido de una semana en el caso de que sea estudiante de los grados 6-12.
- Yo asumiré la responsabilidad del transporte seguro de los medicamentos a la escuela en su envase original etiquetado. **Todos los medicamentos deben conservarse en su envase original.**
- Entiendo que la Junta de Educación o la persona que esta designe se reserva el derecho de negar o revocar en cualquier momento el permiso de automedicación.
- Libero y acepto eximir a la Junta de Educación, sus funcionarios y sus empleados de toda responsabilidad previsible o imprevisible por daños o lesiones resultantes directa o indirectamente de esta autorización.
- Entiendo que a ningún estudiante se le permite proporcionar o vender ningún tipo de medicamento de venta libre a otro estudiante. Los incumplimientos de esta norma se considerarán como infracciones de la Política 5530: Prevención del consumo de drogas y del Código de Conducta/Código de Disciplina de los Estudiantes.

Nombre en letra de imprenta del padre, madre o tutor

Fecha

Firma del padre, madre o tutor

Número de teléfono principal (obligatorio)

Número de teléfono secundario (opcional)

Authorization for Student to Carry and Self-Administer Nonprescription Over the Counter (OTC) Medication Without Supervision

A parent or legal guardian must complete and sign a new consent form every school year for each over the counter medication. This completed form must be on file in the student's health record before the student may carry and self administer medication at school.

Student Name:	Date of Birth:
School:	Grade:

Medication name: _____

Dosage: _____

Time/Frequency to be Taken: _____

My signature below indicates the following:

- As the parent or legal guardian of the K-12 grade student named above, I am requesting that he/she/they be allowed to carry and self-administer an over the counter (OTC) medication during school hours. I understand that my student must be able to safely keep in their possession and independently self-administer this OTC medication without assistance or supervision.
- I have instructed the student as to the proper use of this medication.
- I understand my student is not permitted to possess or carry more than a 1-2 dose supply for K-5 grade students (recommend chewable or pills/tablet form) and one week supply for 6-12 grade students of any OTC medication during school hours.
- I will assume responsibility for the safe transport of the medication to school in its original labeled container. **All medications must be kept in the original container.**
- I understand the Board of Education or their designee reserves the right to deny or revoke permission for self-medication at any time.
- I release and agree to hold the Board of Education, its officials, and its employees harmless from any and all liability foreseeable or unforeseeable for damages or injury resulting directly or indirectly from this authorization.
- I understand no student is allowed to provide or sell any type of over-the-counter medication to another student. Violations of this rule will be considered violations of Policy 5530- Drug Prevention and of the Student Code of Conduct/Discipline Code.

Printed Name of Parent or Guardian

Date

Signature of Parent or Guardian

Primary Phone Number (required)

Secondary Phone Number (optional)