

Formulario de autorización de automedicación de servicios de salud del BCSD

Año escolar 2024-2025

Se requiere la autorización del médico, los padres y el estudiante para automedicarse.

***A los estudiantes no se les permitirá llevar o autoadministrarse medicamentos que estén clasificados como sustancias controladas**

Nombre completo del niño:	Fecha de nacimiento:	Grado:	Maestro:	Escuela:
Enumere el medicamento(s) que deben autoadministrarse:			Liste el Diagnóstico Médico para lo cual el estudiante debe automedicarse:	
<i>En la sección a continuación, lea y ponga sus iniciales en cada declaración sobre el medicamento anterior para indicar que está de acuerdo. Todos son necesarios para poder automedicarse.</i>				

PROVEEDOR DE SERVICIOS MEDICOS Para ser completado por el Médico	AUTORIZACIÓN DE LOS PADRES Para ser completado por el encargado legal	AUTORIZACIÓN DE ESTUDIANTE Para ser completado por el estudiante
--	---	--

<ol style="list-style-type: none"> El estudiante mencionado anteriormente ha recibido instrucciones sobre el uso apropiado de los medicamentos mencionados anteriormente (es decir, indicaciones, acciones, efectos secundarios, cuando tomar el medicamento, cuándo buscar asistencia). _____ El estudiante mencionado anteriormente tiene competencia demostrada para autoadministrarse con seguridad el (los) medicamento(s) señalado anteriormente. _____ Estoy de acuerdo en que se debe permitir que el estudiante mencionado anteriormente posea y se auto administre los medicamentos mencionados anteriormente mientras se encuentre en cualquier área de la escuela o terrenos escolares, en cualquier lugar patrocinado por la escuela, actividad, en tránsito hacia y desde la escuela o actividades patrocinadas por la escuela, y durante las actividades antes o después de la escuela en la propiedad escolar. _____ Este estudiante no requiere la supervisión de un adulto para tomar este medicamento. _____ 	<ol style="list-style-type: none"> Autorizo a mi hijo a poseer y autoadministrarse los medicamentos indicados anteriormente según lo prescrito mientras se encuentre en cualquier área de la escuela o terrenos escolares, en cualquier lugar patrocinado por la escuela, actividad, en tránsito hacia y desde la escuela o actividades patrocinadas por la escuela, y durante las actividades antes o después de la escuela en la propiedad escolar. _____ Mi hijo ha recibido instrucciones sobre el uso adecuado de los medicamentos mencionados anteriormente. _____ Mi hijo me ha demostrado que puede autoadministrarse con seguridad los medicamentos mencionados anteriormente. _____ Mi hijo y yo seremos responsables del uso adecuado y la conservación segura del medicamento. _____ No responsabilizaré al distrito escolar ni a ninguno de sus empleados o agentes si ocurre una lesión relacionada con la automedicación de mi hijo. Seré responsable de cualquier costo relacionado con cualquier reclamo que ocurra relacionado con mi hijo automediándose. _____ Entiendo que mi hijo perderá el privilegio de automedicarse si se pone en peligro a sí mismo o a otro estudiante al usar indebidamente el medicamento(s). _____ Entiendo que mi hijo solo puede autoadministrarse los medicamentos mencionados anteriormente. Todos los demás medicamentos deben ser administrados a mi hijo por un empleado de la escuela. _____ Entiendo que mi hijo debe mantener los medicamentos en el recipiente provisto y etiquetado por la farmacia o el médico que receta a mi hijo. Debe tener el nombre de mi hijo, el nombre y la dosis del medicamento, y las instrucciones para su uso adecuado. _____ 	<ol style="list-style-type: none"> Sé cuándo debo y cuándo no debo tomar los medicamentos mencionados anteriormente. _____ Conozco los signos y síntomas que pueden significar que no debo tomar el (los) medicamento(s). _____ Sé cuánto de los medicamentos mencionados anteriormente debo tomar. _____ Sé cómo tomar el (los) medicamento(s) mencionados anteriormente. _____ Tomaré el (los) medicamento(s) de la forma en que me lo indicó el médico. _____ Mantendré el medicamento en el paquete proporcionado por la farmacia o mi médico. _____ Mantendré el medicamento y cualquier suministro necesario para tomar el (los) medicamento(s) conmigo en un lugar seguro. _____ No permitiré que otros estudiantes toquen o sostengan mi(s) medicamento(s) ni ninguno de los suministros necesarios para tomar el medicamento. _____ Entiendo que ya no podré tomar mi medicamento por mi cuenta si me pongo en peligro a mí mismo o a otro estudiante al hacer un uso indebido del (los) medicamento(s). _____ Entiendo que solo puedo tomar el (los) medicamento(s) mencionado(s) arriba por mi cuenta. Todos otros medicamentos deben ser administrados Por un empleado de la escuela. _____
---	--	---

Firma del Médico:	Firma del padre:	Firma del estudiante:
Fecha:	Fecha:	Fecha:

***Se debe completar un nuevo formulario de autorización para la automedicación cada año escolar después del 1 de julio antes del próximo año escolar.**

***Se requiere completar un Plan de atención médica individual aprobado y un Formulario de permiso de medicamentos con este formulario.**