



Acuerdo de automedicación del estudiante

A los estudiantes que sean capaces de desarrollar y/o comportarse, se les permitirá autoadministrarse medicamentos, sujeto a lo siguiente:

1. Este formulario de acuerdo de automedicación debe enviarse para todas las automedicaciones.
 - La autoadministración de medicamentos sin receta requiere este formulario y el permiso de un administrador escolar. La autoadministración de medicamentos no aprobados por la FDA también debe incluir una orden escrita de un recetador.
 - La autoadministración de medicamentos recetados requiere este formulario y el permiso de un administrador escolar y de un RN que ejerza en el entorno escolar o de un recetador. El consentimiento del prescriptor puede incluirse en la etiqueta de la receta o en este formulario de acuerdo de automedicación.
2. Todos los medicamentos deben mantenerse en su envase original debidamente etiquetado de la siguiente manera:
 - Las etiquetas de las recetas deben especificar el nombre del estudiante, el nombre del medicamento, la dosis, la vía y la frecuencia u hora de administración y cualquier otra instrucción especial.
3. Está estrictamente prohibido compartir y/o tomar prestados medicamentos con otro estudiante.
4. El permiso para automedicarse puede ser revocado si el estudiante viola la política del distrito escolar que rige la administración de medicamentos y/o estas regulaciones. Además, el estudiante puede estar sujeto a medidas disciplinarias, que pueden incluir la expulsión, según corresponda si se viola la política de automedicación.

Nombre del medicamento:

ESTUDIANTE:

He leído y acepto los criterios anteriores que se me han dado para llevar y administrar mi propia medicación en la escuela.

Firma del estudiante:

Fecha:

PADRE:

Estoy de acuerdo con los criterios anteriores y permito que mi estudiante lleve y administre su propia medicación en la escuela.

Firma de los padres: Fecha:

ADMINISTRADOR ESCOLAR:

I agree that the student is capable of carrying and administering his or her own medication at school, from a behavioral and developmental point of view.

Admin Signature:

Date

PRESCRIBER OR SCHOOL NURSE:

I have evaluated this student and he understands when and how to use his medication appropriately.

Signature of the prescriber or RN:

Date

This student:

- Self-carry medication only
- Self-Carry and self-administer medication
- Keep medication in the office, but self-administer medication