

Bethlehem Area School District
Self-Administration/Monitoring for Diabetes

Student's Name

Grade

The above student has been given instruction and education on diabetes management and monitoring of blood sugars and use of all equipment necessary for self management and monitoring, including the safe and proper disposal of all materials used.

I believe _____ is competent to self-administer the medications and/or monitoring equipment and practice proper safety precautions for the handling and disposing of the medication and monitoring equipment.

Health Care Provider

Date

Parent

Date

I agree to be solely responsible for my medication and/or testing supplies and to follow the directions for its use as ordered by my physician, as well as the district's medication policy. I agree that I will not provide access to my medication and/or testing supplies to any other student for any reason. I am aware that any abuse of this privilege may result in the confiscation of my medication and/or testing supplies and may result in the loss of the privilege to self-administer the same. .

Date

Student's Signature

For Administration Use

I certify that the above referenced student successfully demonstrated competency of self-administration and proper safety precautions.

Reviewed by _____
Certified School Nurse _____ Date _____

AUTOADMINISTRACIÓN DE MEDICAMENTOS Y MONITOREO DE LA DIABETIS
Bethlehem Area School District
Autoadministración / Monitoreo para la Diabetes

Nombre del Estudiante _____ Grado _____

El estudiante mencionado ha recibido instrucción y educación sobre el manejo de la diabetes y el monitoreo de los azúcares en sangre y el uso de todo el equipo necesario para la autogestión y monitoreo, incluyendo la eliminación segura y apropiada de todos los materiales utilizados.

Yo creo que _____ es competente para administrarse los medicamentos y/o equipo de monitoreo y practicar las medidas de precaución adecuadas para la manipulación y eliminación de los medicamentos y equipo de monitoreo.

Proveedor de salud Médica _____ Fecha _____

Padre _____ Fecha _____

Yo acepto ser el único responsable de la medicación y/o materiales y seguir las instrucciones para su uso según ordenado por mi médico, al igual como la póliza de medicamentos del distrito. Estoy de acuerdo en que no voy a dar acceso del medicamento y/o materiales a cualquier otro estudiante por cualquier razón. Estoy consciente de que cualquier abuso de este privilegio puede resultar en la confiscación del medicamento y/o materiales y puede resultar en la pérdida del privilegio de la autoadministración de la misma.

Fecha _____ Firma del Estudiante _____

Certifico que el estudiante mencionado anteriormente demostró con éxito la competencia de la autoadministración y las precauciones de seguridad apropiadas..

Revisado por _____ La enfermera certificada de la escuela _____ Fecha _____