



Central Point School District #6

300 Ash Street, Central Point, Oregon 97502
541-494-6200 www.district6.org

ACUERDO DE AUTOMEDICACIÓN

A los estudiantes que tengan capacidad de desarrollo y/o conducta podrán auto administrarse medicamentos, sujetos a lo siguiente:

- 1) Este formulario de Acuerdo de Automedicación debe presentarse para toda automedicación.
 - La autoadministración de medicamentos sin receta requiere este formulario y la autorización de un administrador escolar. La autoadministración de medicamentos no aprobados por la FDA también debe incluir una orden escrita del médico que los recetó.
 - La autoadministración de medicamentos recetados requiere este formulario y la autorización de un administrador escolar y de un enfermero/a titulado/a que ejerza en el entorno escolar o de un médico/a que recete medicamentos. El consentimiento del médico/a que recete medicamentos puede incluirse en la etiqueta de la receta o en este formulario de acuerdo de automedicación.
- 2) Todos los medicamentos deben conservarse 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 de administración, la frecuencia o la hora de administración y cualquier otra instrucción especial.
 - Los medicamentos sin receta deben tener el nombre del estudiante impreso en el envase original del fabricante.
- 3) El estudiante puede tener en su posesión solo la cantidad de medicamento necesario para ese día escolar, a excepción de los envases del fabricante que contengan dosis múltiples, el estudiante puede llevar un solo paquete, como, entre otros, epinefrina autoinyectable o broncodilatadores/inhaladores.
- 4) Está estrictamente prohibido compartir y/o tomar prestados medicamentos con otro estudiante.
- 5) El permiso para automedicarse podrá ser revocado si el estudiante infringe la política del distrito escolar que rige la administración de medicamentos o este reglamento. Además, el estudiante podrá estar sujeto a medidas disciplinarias, que pueden incluir la expulsión, según corresponda, si infringe la política de automedicación.

Nombre del estudiante: _____

Nombre del medicamento: _____

He leído y acepto los criterios anteriores y doy permiso para auto administrarme:

Firma del padre: _____ Date: _____

Acepto cumplir con los criterios anteriores:

Firma del estudiante: _____ Fecha: _____

Por favor, permita que este estudiante se auto administre este medicamento.. (El estudiante debe tener la capacidad de autoadministrarse, tanto en términos de desarrollo como de comportamiento).

Firma del prescriptor o enfermero registrado: _____ Fecha: _____

Firma del administrador de la escuela: _____ Fecha: _____