



# LEC Health Services Self-Carry/Self-Medicare Authorization Form

**School Year:** \_\_\_\_\_

*Authorization from the scholar's prescriber, parent, and scholar are required for self-medicating.*

**\*Scholars will not be permitted to self-carry or self-administer medications that are classified as Controlled Substances\***

<b>Child's Full Name:</b>	<b>DOB:</b>	<b>Grade:</b>	<b>Teacher:</b>	<b>School:</b>
<b>List the <u>Medication(s)</u> to be Self-Administered:</b>			<b>List <u>Medical Diagnosis</u> for which the scholar is to Self-Medicare:</b>	

*In the section below, please read and initial each statement concerning the above medication indicating you agree. All are required in order to self-medicate.*

<b>HEALTH CARE PROVIDER</b> To be completed by prescriber	<b>PARENT AUTHORIZATION</b> To be completed by the legal guardian	<b>SCHOLAR AUTHORIZATION</b> To be completed by the scholar
<ol style="list-style-type: none"> <li>1. The scholar named above has been instructed regarding the appropriate use of the medication(s) noted above (i.e., indications, actions, side effects, when to take the medication, when to seek assistance). _____</li> <li>2. The scholar named above has demonstrated competency for safely self-administering the medication(s) noted above. _____</li> <li>3. I agree that the scholar named above should be allowed to possess and self-administer the medication(s) noted above while in any area of the school or school grounds, at any school-sponsored activity, in transit to and from school or school-sponsored activities, and during before-school or after-school activities on school-operated property. _____</li> <li>4. This scholar does not require adult supervision to take this medication. _____</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. I authorize my child to possess and self-administer that medication(s) noted above as prescribed while in any area of the school or school grounds, at any school-sponsored activity, in transit to and from school or school-sponsored activities, and during before school or after school activities on school property. _____</li> <li>2. My child has been instructed about the proper use of the medication(s) noted above. _____</li> <li>3. My child has shown me that he or she can safely self-administer the medication(s) noted above. _____</li> <li>4. My child and I will be responsible for the proper use and safe-keeping of the medication. _____</li> <li>5. I will not hold the school district or any of its employees or agents liable if an injury occurs related to my child self-medicating. I will be responsible for any costs related to any claims that occur related to my child self-medicating. _____</li> <li>6. I understand that my child will lose the privilege to self-medicate if he or she endangers him- or herself or another scholar by misusing the medication(s). _____</li> <li>7. I understand that my child may only self-administer the medication(s) noted above. All other medications must be given to my child by a school employee. _____</li> <li>8. I understand that my child must keep the medication(s) in the container provided and labeled by the pharmacy or my child's prescriber. It must have my child's name, medication name and dose, and the directions for proper use on it. _____</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. I know when I should and when I should not take the medication(s) noted above. _____</li> <li>2. I know the signs and symptoms that may mean that I should not take the medication(s). _____</li> <li>3. I know how much of the medication(s) noted above I should take. _____</li> <li>4. I know how to take the medication(s) noted above. _____</li> <li>5. I will take the medication(s) the way that my prescriber has instructed. _____</li> <li>6. I will keep the medication in the package provided by the pharmacy or my prescriber. _____</li> <li>7. I will keep the medication and any supplies needed for taking the medication(s) with me in a safe place. _____</li> <li>8. I will not allow other scholars to touch or hold my medication(s) nor any of the supplies needed for taking the medication. _____</li> <li>9. I understand that I will no longer be able to take my medication on my own if I endanger myself or another scholar by misusing the medication(s). _____</li> <li>10. I understand that I can only take the medication(s) noted above on my own. All other medication(s) must be given to me by a school employee. _____</li> </ol>
<b>Prescriber's Signature:</b>	<b>Parent's Signature:</b>	<b>Scholar's Signature:</b>
<b>Date:</b>	<b>Date:</b>	<b>Date:</b>

\* A new authorization form for self-medicating must be completed each school year.

\* A Prescription Medication Permission Form is required to be completed with this form. - Reviewed by School Nurse: \_\_\_\_\_ Date: \_\_\_\_\_

## Formulario de autorización de autotransporte/automedicación de LEC Health Services

**Año escolar:** \_\_\_\_\_

*Se requiere la autorización del médico, del padre y del estudiante para automedicarse.*

**\*A los estudiantes no se les permitirá llevar consigo ni autoadministrarse medicamentos clasificados como sustancias controladas.**

<b>Nombre completo del niño:</b>	<b>Fecha de nacimiento:</b>	<b>Calificación:</b>	<b>Maestro:</b>	<b>Escuela:</b>
<b>Enumere los <u>Medicamentos</u> para ser autoadministrado:</b>		<b>Lista <u>Diagnóstico médico</u> para lo cual el estudiante debe automedicarse:</b>		
<i>En la sección a continuación, lea y firme cada declaración sobre el medicamento mencionado, indicando que está de acuerdo. Todas estas afirmaciones son necesarias para automedicarse.</i>				
<b>PROVEEDOR DE ATENCIÓN SANITARIA</b> <b>Para ser completado por el prescriptor</b>	<b>AUTORIZACIÓN DE LOS PADRES</b> <b>Para ser completado por el tutor legal</b>		<b>AUTORIZACIÓN DE ESTUDIANTES</b> <b>Para ser completado por el académico</b>	
<ol style="list-style-type: none"> <li>El estudiante mencionado anteriormente ha recibido instrucciones sobre el uso adecuado de los medicamentos indicados anteriormente (es decir, indicaciones, acciones, efectos secundarios, cuándo tomar el medicamento, cuándo buscar ayuda). _____</li> <li>El estudiante mencionado anteriormente ha demostrado competencia para autoadministrarse de forma segura el/los medicamento(s) indicado(s) anteriormente. _____</li> <li>Estoy de acuerdo en que al estudiante mencionado anteriormente se le debe permitir poseer y autoadministrarse el/los medicamento(s) indicado(s) anteriormente mientras se encuentre en cualquier área de la escuela o terrenos de la escuela, en cualquier actividad patrocinada por la escuela, en tránsito hacia y desde la escuela o actividades patrocinadas por la escuela, y durante actividades antes o después de la escuela en propiedad operada por la escuela. _____</li> <li>Este estudiante no requiere la supervisión de un adulto para tomar este medicamento. _____</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>Autorizo a mi hijo a poseer y autoadministrarse el/los medicamento(s) indicado(s) anteriormente según lo prescrito mientras se encuentre en cualquier área de la escuela o terrenos de la escuela, en cualquier actividad patrocinada por la escuela, en tránsito hacia y desde la escuela o actividades patrocinadas por la escuela, y durante actividades antes o después de la escuela en la propiedad de la escuela. _____</li> <li>A mi hijo se le ha instruido sobre el uso adecuado de los medicamentos indicados anteriormente. _____</li> <li>Mi hijo me ha demostrado que puede administrarse por sí solo de forma segura los medicamentos indicados anteriormente. _____</li> <li>Mi hijo y yo seremos responsables del uso adecuado y la conservación segura del medicamento. _____</li> <li>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 reclamación que surja por la automedicación de mi hijo.</li> <li>Entiendo que mi hijo perderá el privilegio de automedicarse si se pone en peligro a sí mismo o a otro estudiante al hacer mal uso de los medicamentos. _____</li> <li>Entiendo que mi hijo/a solo puede autoadministrarse los medicamentos indicados anteriormente. Todos los demás medicamentos deben ser administrados por un empleado de la escuela. _____</li> <li>Entiendo que mi hijo/a debe guardar el/los medicamento(s) en el envase proporcionado y etiquetado por la farmacia o el médico que lo recetó. Este debe incluir el nombre de mi hijo/a, el nombre y la dosis del medicamento, y las instrucciones de uso correcto.</li> </ol>		<ol style="list-style-type: none"> <li>Sé cuándo debo y cuándo no debo tomar los medicamentos indicados anteriormente. _____</li> <li>Conozco los signos y síntomas que pueden indicar que no debo tomar el/los medicamento(s). _____</li> <li>Sé qué cantidad de los medicamentos indicados anteriormente debo tomar. _____</li> <li>Sé cómo tomar los medicamentos indicados anteriormente. _____</li> <li>Tomaré el/los medicamento(s) de la manera que me haya indicado el médico que me recetó. _____</li> <li>Mantendré el medicamento en el envase que me proporcionó la farmacia o mi médico. _____</li> <li>Mantendré el medicamento y cualquier suministro necesario para tomar el/los medicamento(s) conmigo en un lugar seguro. _____</li> <li>No permitiré que otros estudiantes toquen o sostengan mi(s) medicamento(s) ni ninguno de los suministros necesarios para tomar el medicamento. _____</li> <li>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 mal uso del/de los medicamento(s). _____</li> <li>Entiendo que solo puedo tomar los medicamentos mencionados anteriormente por mi cuenta. Todos los demás medicamentos deben ser administrados por un empleado de la escuela.</li> </ol>	
<b>Firma del prescriptor:</b>	<b>Firma del padre/madre:</b>		<b>Firma del académico:</b>	
<b>Fecha:</b>	<b>Fecha:</b>		<b>Fecha:</b>	

**\*Se deberá completar un nuevo formulario de autorización para automedicarse cada año escolar.**

**\*Se requiere completar un formulario de permiso de medicación recetada junto con este formulario.**

**Revisado por la enfermera de la escuela:** \_\_\_\_\_ **Fecha:** \_\_\_\_\_