

CURRITUCK COUNTY SCHOOLS
Permiso y contrato para medicamentos autoadministrados y portados

EL NOMBRE DEL ESTUDIANTE: _____ FECHA: _____

ESCUELA: _____ PROFESOR/GRADO: _____

NOMBRE DEL MÉDICO Y NÚMERO DE
TELÉFONO: _____

Contrato de automedicación

Se permite la automedicación de acuerdo con la Política 6125. Tanto el proveedor de atención médica del estudiante como el padre o tutor deben completar el formulario de Autorización para medicación además de este formulario cuando se considera que un estudiante es responsable de llevar consigo y automedicarse. El nombre del estudiante debe aparecer en el inhalador, contenedor o Epi-pen.

Responsabilidades del estudiante

I plan to keep my inhaler, equipment, Epi-Pen with me at school, in transit, or at a school sponsored event rather than storing it in the nurse's clinic. In doing so, I agree to the following conditions:

- Acepto demostrarle a la enfermera de la escuela, o a la persona designada por la enfermera, el nivel de habilidad necesario para usar el medicamento y cualquier dispositivo necesario para administrar el medicamento para el cual tengo autorización de uso.
- Acepto usar mi inhalador, equipo Epi-Pen o medicamento de manera responsable, de acuerdo con las órdenes de mi proveedor de atención médica autorizado.
- Acepto notificar a la enfermera de la escuela o a la oficina principal si tengo más dificultades de lo habitual con mi condición de salud.
- No permitiré que ninguna otra persona use mi inhalador, equipo, Epi-Pen o medicamento.

Firma del alumno

Número de teléfono