

ACUERDO DE AUTOMEDICACIÓN DE LAS ESCUELAS PUBLICAS DE GREATER ALBANY

Los estudiantes quienes tengan la capacidad de desarrollo y/o de conducta, se les permitirá la autoadministración de medicamentos, sujeto a lo siguiente:

- 1) Este formulario de Acuerdo de Automedicación debe ser presentado para toda automedicación.
 - La autoadministración de medicamentos sin receta, requiere este formulario y el permiso de un administrador de la escuela. (La autoadministración de medicamentos no aprobados por la Administración de Alimentos y Medicamentos - FDA por sus siglas en inglés, debe incluir una orden escrita de una persona autorizada para escribir recetas).
 - La autoadministración de medicamentos recetados, requiere este formulario y el permiso de un administrador escolar y de una Enfermera Registrada (RN por sus siglas en inglés), que ejerza en el entorno escolar o una persona autorizada para escribir recetas. El consentimiento de la persona autorizada para escribir recetas, 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 la prescripción deben especificar el nombre del estudiante, el nombre del medicamento, la dosis, la ruta y la frecuencia o el momento de la administración y cualquier otra instrucción especial.
- 3) Esta estrictamente prohibido compartir y/o tomar prestado medicamentos con otro estudiante.
- 4) El permiso para auto-med icarse puede ser revocado, si el estudiante no cumple con la política del distrito escolar, que rige la administración de medicamentos y/o estas regulaciones. Además, el estudiante puede estar sujeto a medidas disciplinarias, incluida la expulsión, según corresponda, si se infringe la política de automedicación.

Apellido legal del estudiante

Nombre legal del estudiante

Segundo nombre

Yo he leído y estoy de acuerdo con el criterio mencionado arriba y doy mi permiso para la autoadministración del siguiente medicamento:

Nombre del medicamento: _____

Firma del padre: _____

Fecha: _____

Estoy de acuerdo de cumplir con el criterio mencionado arriba:

Firma del estudiante: _____

Fecha: _____

(Si aún no está firmado)

Por favor permitirle a este estudiante la autoadministración de este medicamento. (El estudiante debe tener la capacidad de desarrollo y de conducta para auto-administrarse).

Firma de la persona autorizada para escribir recetas o RN: _____

Fecha: _____

(Requerido para los medicamentos con receta o medicamentos sin receta no aprobados por la FDA)

____ Este estudiante puede llevar y auto-administrarse este medicamento según lo recetado.

____ Este estudiante puede auto-administrarse este medicamento según lo recetado, pero el medicamento se mantendrá en la oficina.

Firma del Administrador de la escuela: _____ Fecha: _____