# Permiso Estudiantil para Auto Vigilar/Auto Medicarse

***Permission for Student to Self-Monitor/Self-Administer Medication/Procedure***

| Nombre \| *Name*: | F de Nac. \| *DOB*: | Grado\|*Grade:* | Maesro \| *Teacher:* |
|---|---|---|---|
| Medicacion/Procedimiento (uno por formulario) \| *Medication/Procedure (one per form):* | Dosis \|*Dosage:* | | Via \| Route: |
| Proposito de medicacion/Procedimiento\| *Purpose of Medication/Procedure:* | Frecuencia \| Frequency: | Alergias \| Allergies: | |
| Posibles efectos colaterales \| Possible Side Effects: | Diagnóstico médico \| Medical Diagnosis: | | ICD-10 \| *ICD-10*: |

Este estudiante ha recibido formación y es competente para autocontrolarse o autoadministrarse la medicación o realizar este procedimiento, y el alumno y los padres son conscientes de los riesgos que conlleva la sobremedicación y el uso por parte de otros alumnos a los que no se ha prescrito esta medicación o procedimiento.

| Firma del Medico \| *Signature of Physician:* | Fecha\| *Date:* |
|---|---|
| Imprima o escribe nombre del Medico \| *Type or Print Name of Physician:* | Telefono de consultorio \| *Office Phone*:<br>Fax de oficina \| *Office Fax:* |

| ***Sección a continuación para ser completada por el padre/tutor:*** | ***Section below to be completed by parent/guardian:*** |
|---|---|
| Autorizo que mi hijo sea competente para automedicarse o automonitorearse como se indicó anteriormente 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 las actividades antes o después de la escuela en la propiedad de la escuela. Doy permiso para que la Enfermera Registrada capacite a los miembros del personal sin licencia asignados para ayudar con el medicamento/procedimiento según sea necesario. Doy permiso para que la enfermera de la escuela o el administrador de la escuela se comuniquen con el proveedor de atención médica mencionado anteriormente, el farmacéutico que surtió la receta y/o sus empleados designados para hablar sobre este medicamento/procedimiento y la salud de mi hijo. Entiendo que mi hijo debe conservar sus medicamentos en el envase original etiquetado. En el envase debe figurar el nombre de mi hijo, el nombre y la dosis del medicamento y las instrucciones para su uso adecuado. También entiendo que es mi responsabilidad proporcionar la medicación/suministros que mi hijo pueda necesitar durante las actividades escolares o relacionadas con la escuela. Entiendo que mi hijo perderá el privilegio de automedicarse o autocontrolarse si se pone en peligro a sí mismo o a otro estudiante por hacer un mal uso de la(s) medicación(es). También doy permiso para que este formulario de «permiso para automedicarse/autocontrolarse» se aplique si traslado a mi hijo a otra escuela de este mismo distrito escolar durante este mismo año escolar. Entiendo que el permiso se otorgará año por año siempre y cuando se cumplan los requisitos de la política JLCD y la regla administrativa JLCD-R del Distrito y los requisitos del presente documento.<br><br>*(Continúa en la página 2)* | I authorize that my child is competent to self-medicate or self-monitor as noted above 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. I give permission for the Registered Nurse to train assigned unlicensed staff members to assist with the medication/procedure as needed. I give permission for the school nurse or school administrator to contact the health care provider named above, the pharmacist who filled the prescription and/or their designated employees to discuss this medication/procedure and my child's health. I understand that my child must keep his/her medications in the original, labeled container. The container must have my child's name, the name and the dosage of the medication, and the directions for proper use on it. I also understand it is my responsibility to provide the medication/supplies that my child may need during school or school related activities. I understand that my child will lose the privilege to self-medicate or self-monitor if he/she endangers himself/herself or another student by misusing the medication(s). I also give permission for this "permission for self-monitor/self-administer medication" form to apply if I transfer my child to another school in this same school district during this same school year. I understand that permission will be granted on a year-by-year basis provided requirements in the District's policy JLCD and administrative rule JLCD-R and the requirements herein are met.<br><br>*(Continued on page 2)* |

| | |
|---|---|
| ***Su niño/a puede calificar para un Plan de Salud Individualizado (IHP). La enfermera escolara escribira este plan para su niño/a basándose en las órdenes médicas. Si usted no desea que su estudiante tenga un IHP por favor comuníquese con la enferma de la escuela de su niño/a. Si su niño/a viaja en transporte escolar y desea que su medicina de emergencia lo/a acompañe y el conductor sea enrenado en este medicamento póngase en contacto con la enfermera del escuela de su hijo.***<br><br>***El distrito escolar y sus empleados y agentes no son responsables de una lesión que surja de la administración de medicamentos autorizada por un IHP. El padre/tutor indemnizará y mantendrá indemne al distrito y sus empleados y agentes contra una reclamación derivada de la administración de medicamentos autorizados por un IHP.***<br><br>***No responsabilizaré al distrito escolar ni a ninguno de sus empleados o agentes individualmente o en nombre de mi hijo, si se produce una lesión relacionada con la automedicación o el autocontrol de mi hijo. Yo seré responsable de cualquier costo relacionado con cualquier reclamo que ocurra como resultado de que mi hijo se automedique o se automonitoree y mantendré indemne al distrito y a sus empleados y agentes por cualquier reclamo de este tipo. Entiendo que el permiso se concederá año tras año siempre que se cumplan los requisitos.*** | ***Your child may qualify for an Individualized Healthcare Plan (IHP). The school nurse will be writing this plan for your child based on medical orders. If you do not want your child to have an IHP, please contact your child's school nurse. If your child rides a bus and you would like his/her emergency medication on the bus and the bus driver trained for this medication, please contact your child's school nurse.***<br><br>***The school district and its employees and agents are not liable for an injury arising from administration of medication authorized by an IHP. The parent/guardian shall indemnify and hold harmless the district and its employees and agents against a claim arising from administration of medication authorized by an IHP.***<br><br>***I will not hold the school district or any of its employees or agents liable individually or on my child's behalf, if an injury occurs related to my child self-medicating or self-monitoring. I will be responsible for any costs related to any claims that occur arising out of my child self-medicating or self-monitoring and will hold harmless the district and its employees and agents for any such claims. I understand that permission will be granted on a year-by-year basis provided requirements are met.*** |

| | | |
|---|---|---|
| Firma del padre/tutor\| *Signature of Parent/Guardian:* | Número de teléfono diuron \| *Daytime Phone Number:* | Fecha \| *Date:* |

| | |
|---|---|
| ***Sección a continuación para ser completada por el estudiante:*** | ***Section below to be completed by the student:*** |
| Comprendo mis responsabilidades en cuanto al autocontrol o la autoadministración de la medicación o el dispositivo de control prescritos anteriormente. Además, comprendo que la medicación o el dispositivo de control deben permanecer conmigo en todo momento y no deben compartirse con otros alumnos. | I understand my responsibilities for self-monitoring or self-administration of the above prescribed medication or monitoring device. Furthermore, I understand that the medication or monitoring device is to be kept with me at all times and is not to be shared with other students. |

Fecha \| *Date:* _____ Firma del Estudiante \| *Signature of Student*: _____