



Autorización para la autoadministración de medicamentos por parte de estudiantes de las escuelas de Bend-La Pine

FECHA: _____ ESCUELA: _____ AÑO ESCOLAR: _____

Nombre del estudiante:	Fecha de nacimiento:	Número de identificación:	Grado:
Padre/Tutor:	Relación con el estudiante:	Teléfono:	
Padre/Tutor:	Relación con el estudiante:	Teléfono:	
Contacto de emergencia:	Relación con el estudiante:	Teléfono:	
Proveedor médico:	Organización médica:	Teléfono:	
Enfermera de consulta			Teléfono:

Doy permiso a mi estudiante para llevar y autoadministrarse los siguientes medicamentos:

Nombre del medicamento:		Tipo: <input type="checkbox"/> Recetado <input type="checkbox"/> Venta libre		Número de receta (si corresponde):	
Fecha de inicio:	Fecha final:	fecha de expiración:	Frecuencia (cada cuánto tiempo):	Hora:	
Dosis:	Ruta: <input type="checkbox"/> Boca <input type="checkbox"/> Inyección <input type="checkbox"/> Inhalación <input type="checkbox"/> Oído <input type="checkbox"/> Ojos <input type="checkbox"/> Nariz <input type="checkbox"/> Tópico <input type="checkbox"/> Otro: _____				
Razón para el medicamento:	Instrucciones especiales:				

Autorización del padre/tutor:

- Verifico que la información de salud anterior es precisa y completa, y entiendo que es mi responsabilidad notificar de inmediato a la secretaría de la escuela o a la enfermera especialista por escrito sobre cualquier cambio en esta información.
- Entiendo que mi estudiante debe firmar un Acuerdo de Autoadministración y que este debe ser aprobado por la enfermera especialista de la escuela antes de que el estudiante pueda autoadministrarse el medicamento.
- Esta autorización se aplica únicamente a los medicamentos mencionados anteriormente durante el tratamiento y el año escolar indicados.
- **Autorizo el intercambio de información entre el personal de las Escuelas de Bend-La Pine y el proveedor médico de mi estudiante.**

Firma del padre/tutor: _____ Fecha: _____

Nombre (impreso) del padre/tutor: _____

Aprobación del proveedor médico: requerida* si las instrucciones anteriores se desvían de la etiqueta de la receta o las instrucciones del fabricante.

Firma del proveedor médico: _____ Fecha: _____

Dirección: _____ Teléfono: _____

*La aprobación del proveedor médico puede proporcionarse en un documento separado (por ejemplo, una nota del médico), que debe adjuntarse a este formulario.

Acuerdo de automedicación

Nombre del estudiante: _____ Escuela: _____ Año escolar: _____

Los estudiantes que tengan capacidad de desarrollo y comportamiento, si sus padres o tutores lo autorizan, pueden conservar y autoadministrarse medicamentos recetados y de venta libre, sujetos a lo siguiente:

- Todos los medicamentos deben conservarse en su envase original debidamente etiquetado. _____
Iniciales
- Los medicamentos recetados deben tener una etiqueta de un farmacéutico autorizado que especifique el nombre del estudiante, el nombre del medicamento y la dosis, frecuencia y hora de administración. _____
Iniciales
- Los medicamentos sin receta deben tener el nombre del estudiante adherido al envase original. _____
Iniciales
- El padre/tutor es responsable de proporcionar los medicamentos necesarios y mantener el suministro según sea necesario. _____
Iniciales
- El padre/tutor acepta la responsabilidad de notificar a la escuela por escrito sobre cualquier cambio en la medicación del estudiante durante el año escolar y después de la fecha que figura en este documento. _____
Iniciales
- Cualquier cambio en la administración de la etiqueta de la prescripción o las instrucciones del fabricante debe ser aprobado por escrito por el proveedor de atención médica del estudiante. _____
Iniciales
- El estudiante solo podrá tener en su posesión la cantidad de medicamento necesaria para un día. (Se harán excepciones para inhaladores, dispositivos de administración de insulina y otros medicamentos, según lo apruebe la enfermera consultora de la escuela). _____
Iniciales
- El estudiante sólo podrá autoadministrarse su propia medicación y no podrá compartirla con otro estudiante. _____
Iniciales
- El permiso para autoadministrarse medicamentos podría ser revocado si el estudiante infringe las políticas de las Escuelas de Bend-La Pine que rigen la administración de medicamentos. El estudiante podría estar sujeto a medidas disciplinarias, que pueden incluir la expulsión. _____
Iniciales

He leído y acepto las normas anteriores y doy permiso a mi estudiante para llevar y autoadministrarse su medicación.

Firma del padre/tutor: _____ Fecha: _____

Nombre (impreso) del padre/tutor: _____

He leído y acepto seguir las normas descritas anteriormente.:

Firma del estudiante: _____ Fecha: _____

Para ser completado por la enfermera registrada consultora de la escuela.:

- El estudiante ha demostrado que, desde el punto de vista del desarrollo y el comportamiento, es capaz de autoadministrarse el medicamento.
 - El estudiante ha expresado que comprende el motivo por el que toma el medicamento.
 - El estudiante ha expresado que comprende la dosis, la vía de administración, la hora y la frecuencia del medicamento.
- Para inhaladores y medicamentos inyectables**
- El estudiante ha demostrado cómo administrar correctamente el medicamento.

Firma de la enfermera: _____ Fecha: _____

Nombre de la enfermera (impreso) _____