

Autorización para el autotransporte/autoadministración de medicamentos

Nombre del estudiante: _____ Fecha de nacimiento: _____

Escuela: _____ Grado: _____ Fecha: _____

- Medicamentos que debe llevar consigo:** Inhalador Epinefrina Insulina
 Analgésico de venta libre (solo para estudiantes de secundaria)
 Otro (con aprobación de RN/LSN)

*Todos los medicamentos necesitan el consentimiento del médico prescriptor, con excepción de los analgésicos de venta libre.

PARA SER COMPLETADO POR EL PROFESIONAL DE LA SALUD QUE RECETA

- Es mi evaluación profesional que este estudiante es capaz de portar y administrarse por sí mismo el/los siguiente(s) medicamento(s)
- Este estudiante tiene conocimiento sobre el medicamento, su uso adecuado y sus efectos secundarios, y posee las habilidades para administrarlo de manera segura por sí mismo

_____	_____	_____	_____
Medicamento	Dosis	Ruta	Frecuencia

Comentarios: _____

_____	_____	_____
NOMBRE IMPRIMIDO del prescriptor	Firma del prescriptor autorizador	Fecha

_____	_____	_____
Nombre y ciudad de la clínica	Número de teléfono	Número de fax

Autorización de los padres/tutores

- Doy permiso para que mi hijo se autoadministre medicamentos en la escuela según lo prescrito por su profesional de la salud.
- Doy mi permiso para que el RN o LSN se comunique con el médico autorizado mencionado anteriormente con respecto a preguntas o inquietudes relacionadas con la medicación de mi hijo.
- La oficina de salud de la escuela puede compartir información de salud necesaria con el personal escolar que apoya a su hijo
- Esta autorización expira al final de cada año escolar o después del período escolar de verano.

_____	_____	_____
Nombre Imprimido del padre/tutor	Firma del padre/tutor	Fecha

Dar la vuelta →

Evaluación de Enfermería que debe ser completada por RN/LSN

La siguiente información ha sido revisada con el/la estudiante mencionado/a anteriormente por la/el RN/LSN:

- Revisión del horario de clases/actividades que pueden afectar la condición de salud
- Conocimiento de las primeras señales o síntomas de advertencia de la condición de salud
- Signos y síntomas agudos de la condición de salud
- Propósito del medicamento, dosis, frecuencia y efectos secundarios
- Técnica adecuada para la administración del medicamento
- Revisión de los procedimientos de emergencia
- Revisión del Acuerdo del Estudiante

Este/a estudiante ha demostrado el conocimiento y las habilidades necesarias para auto-administrarse correctamente los medicamentos mencionados anteriormente..

NOMBRE IMPRIMIDO of RN/LSN

Fecha

Firma del RN/LSN

Acuerdo del Estudiante

Acepto lo siguiente:

- Seguir las indicaciones de mi médico sobre la dosis y la frecuencia correctas del medicamento.
- Usar la técnica correcta para la administración del medicamento.
- **NO** permitir que nadie más use mi medicamento.
- Mantener un suministro actual de mi medicamento en la escuela.
- Notificar al personal de la oficina de salud si mis síntomas continúan o empeoran, o si estoy experimentando efectos secundarios de mi medicamento.

Si mi estado de salud cambia y/o no se sigue este acuerdo del estudiante, se realizará una nueva evaluación.

NOMBRE IMPRIMIDO del estudiante

Fecha

Firma del estudiante