Formulario de Autorización del Prescriptor de Medicamentos / Padre para la Autoadministración/Autoposesión

Nombre del estudiante: _____ Fecha de nacimiento: _____ Maestro/a: _____ Grado: _____ Año escolar: 2026-2027

Para los **GRADOS 6.º-12.º**, la autoadministración significa que el estudiante puede administrar el medicamento de la manera indicada por el Prescriptor Autorizado sin dirección ni supervisión adicional del personal escolar. La autoposesión significa que, bajo la dirección del Prescriptor Autorizado, el estudiante puede llevar el medicamento consigo para permitir una administración inmediata y autodeterminada. El distrito escolar recomienda que se mantenga medicación de repuesto, debidamente etiquetada en su envase original, en la oficina de la enfermería en caso de que el estudiante se quede sin ella u olvide el medicamento. El administrador del plantel puede suspender el privilegio de autoadministración del estudiante con previo aviso al padre/madre o tutor. El estudiante debe llevar consigo una copia de este formulario en la escuela o un contrato de medicación estudiantil.

Para ser completado por el médico / prescriptor autorizado:

	Nombre del medicamento de venta libre	Dosis	Tiempo para ser dado la medicina	Razón de la medicina	Si es PRN, enumere los síntomas	Efectos secundarios/Reacciones adversas
1						
2						

Ruta Circular de Administración~~

- Inhalado (inhaladoe/nebulizador)
- Inyectable (EpiPen)
- Inyectable (insulina)

Enumere la frecuencia mínima entre dosis (especialmente si es medicación P.R.N.):_____

El estudiante es capaz de autoadministrarse y de tener en su posesión los medicamentos mencionados anteriormente

_____ _____ _____

Firma del médico Fecha Nombre del médico en letra de imprenta

Teléfono del médico:_____Fax:_____Dirección: _____

<u>Para ser completado por el padre / tutor:</u>

Solicito y doy permiso para que mi hijo/a (nombrado/a anteriormente) pueda: autoadministrarse y poseer por sí mismo/a el/los medicamento(s) mencionado(s) anteriormente de acuerdo con la política del distrito escolar, y para que el personal del profesional prescriptor autorizado y el distrito escolar compartan información con respecto a las necesidades de medicación de mi hijo/a.

_____ _____

Firma del padre/madre o tutor Fecha