

Distrito Escolar North Santiam
FORMULARIO DE PERMISO Y ACUERDO PARA LA AUTOMEDICACION rev 4/15

Nombre del Estudiante: _____ Año Escolar: _____ Grado: _____
(LETRA DE MOLDE POR FAVOR)

TODOS: El estudiante debe ser capaz de demostrar la habilidad desarrollada y/o el comportamiento para la autoadministración de medicamentos con o sin receta.

K-8: La autoadministración de medicamentos con o sin receta es únicamente permitida cuando el estudiante debe traer consigo tal medicamento para el acceso inmediato.

9-12: La autoadministración de medicamentos recetados, excluyendo sustancias controladas y medicamentos sin receta puede ser permitida de acuerdo a lo siguiente:
El formulario de la autoadministración de medicamentos es requerido para todo medicamento recetado que se tenga que administrar en un horario regular, el cual el estudiante lo tomará en la escuela por más de 10 días de clases.
Un formulario de permiso debe ser entregado para la autoadministración de todos los medicamentos recetados “conforme sean necesarios”, los cuales el estudiante los trae consigo en la escuela. (Esto incluye los inhaladores).
No es necesario presentar un formulario de permiso para la autoadministración de medicamentos sin receta

➤ La autoadministración de sustancias controladas y analgésicos narcóticos **no son permitidos**. Estos medicamentos deben ser registrados en la oficina.

Iniciales de Alumno Padre **Este acuerdo es únicamente en efecto para el año escolar actual.**

_____ _____ Todos los medicamentos con o sin receta deben mantenerse en su **envase original** apropiadamente etiquetado, de acuerdo a lo siguiente:

- ❖ Las etiquetas de las recetas deben especificar el nombre del estudiante, el nombre del medicamento, la dosis medio de administración, frecuencia u horario de la administración, fecha de expiración y cualquier otra instrucción especial incluyendo la autorización del doctor para que el estudiante pueda auto administrarse el medicamento. Los inhaladores deben tener una etiqueta farmacéutica pegada al envase o tener su caja con la etiqueta farmacéutica.
- ❖ Los medicamentos sin receta **deben tener el nombre del estudiante** en el **envase original**. El estudiante tiene un límite de 25 pastillas en su posesión.

_____ _____ Los estudiantes que necesiten auto medicarse deben traer consigo su medicamento para el acceso inmediato; i.e., bolsa personal, mochila, bolsa, etc. Los medicamentos no deben dejarse en los escritorios, mostradores u otros lugares en los cuales cualquier persona tenga acceso al medicamento. **Está estrictamente prohibido** compartir o prestar medicamentos a otros estudiantes en la escuela o en actividades relacionadas con la escuela, lo cual se tomará acción disciplinaria incluso hasta expulsión.

_____ _____ A los estudiantes que se les haya recetado bronco dilatadores o epinefrina, el personal de la escuela le pedirá a los padres/tutores que provean un medicamento extra para en caso de que el estudiante tenga una emergencia. El medicamento extra se mantendrá en la oficina de la escuela en un lugar, en el cual el personal tenga acceso inmediato en el evento de una emergencia de ataque de asma o alergia severa.

_____ _____ El permiso de la automedicación puede ser revocado si el estudiante viola la póliza del distrito escolar que rige la administración de todos los medicamentos y/o estos reglamentos. Además, los estudiantes pueden ser disciplinados, y hasta incluso expulsados según el caso.

_____ _____ El padre / tutor se asegura de que el estudiante haya sido instruido adecuadamente con el uso del medicamento y puede hacerlo independientemente.

Los medicamentos indicados abajo deben concordar con el nombre del medicamento en el envase.

- | | |
|----------|----------|
| 1. _____ | 3. _____ |
| 2. _____ | 4. _____ |

He leído y estoy de acuerdo con el criterio mencionado.

(Nombre del Estudiante/Firma y Fecha)

(Nombre del Padre/Tutor / Firma y Fecha)

Aprobación del administrador de la Esc. (He verificado que el estudiante tiene la capacidad y el comportamiento para automedicarse)

(Nombre/Firma y Fecha)

Aprobación de la Enfermera de NSSD
(Grados K-8)

Autorización del Dr.-Medicamento Recetado UNICAMENTE
Etiqueta de Receta Carta Fax

(Nombre/Firma y Fecha)

Nombre/Firma y Fecha