



FORMULARIO DE PERMISO y ACUERDO DE AUTOMEDICACIÓN

Nombre del estudiante: _____ Año escolar: _____ Grado: _____
(Por favor en letra de imprenta)

TODOS: El estudiante debe ser capaz de demostrar la capacidad, desarrollo y / o de comportamiento, para la auto-administración de una prescripción y medicamentos sin receta médica.

K-8: La automedicación de prescripción y medicamentos sin receta médica sólo se permite cuando un estudiante debe llevar esos medicamentos consigo para tener un acceso inmediato.

➤ La automedicación de sustancias controladas y los analgésicos narcóticos **no están permitidos.** Estos medicamentos deben ser entregados a la oficina.

Estudiante Padre
Iniciales Iniciales

_____ Todos los medicamentos y los medicamentos sin receta médica deben mantenerse con su etiqueta apropiada, el envase original, de la siguiente manera:

Las etiquetas de prescripción deben especificar el nombre del estudiante, nombre del medicamento, dosis, vía, frecuencia u hora de administración, la fecha de vencimiento, y cualquier otra instrucción especial, incluyendo la autorización médica para el estudiante de automedicarse.

Los medicamentos sin receta **deben tener el nombre del estudiante** incluido en el **envase original.**

_____ El estudiante puede tener en su poder solamente la cantidad de medicamento necesario para ese día. Los envases fabricados que contienen dosis múltiples, el estudiante puede tener un solo paquete, por ejemplo, pero no limitado a, broncodilatadores / inhaladores, plumas de insulina o bombas.

_____ Los estudiantes que necesitan automedicarse deben llevar su medicación con ellos para el acceso inmediato, es decir, la bolsa personal o la cartera, mochila, bolsillo, medicamentos, etc.; no lo deben dejar en los escritorios, mostradores u otros lugares donde otras personas podrían tener acceso a su medicación. Compartirlo y / o prestarle medicamentos a otro estudiante **está estrictamente prohibido.**

_____ Para los estudiantes que han sido prescritos broncodilatadores, epinefrina y el glucagón, el personal de la escuela solicita a los padres o tutores que proporcionen medicamentos de reserva para uso de emergencia de dicho estudiante. Medicamentos de reserva se mantendrán en la escuela del estudiante en un lugar que el personal tiene acceso inmediato en caso de que el estudiante tenga un ataque de asma y / o alergia severa de emergencia o hipoglucémicos de emergencia.

_____ El estudiante no podrá desechar medicamentos, envases, jeringas y / o lancetas en la escuela. La eliminación se llevará a cabo en el hogar, según corresponda.

_____ La autorización para automedicarse puede ser revocada si el estudiante viola la política del distrito escolar que rigen la administración de todos los medicamentos y / o el presente reglamento. Además, los estudiantes pueden estar sujetos a medidas disciplinarias, hasta e incluyendo la expulsión, según el caso

Los medicamentos que se indican a continuación deben coincidir con el nombre del medicamento en el envase.

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

He leído y estoy de acuerdo con los criterios anteriores.

(Imprima el Nombre / firma del estudiante Fecha)

(Imprima el nombre del Padre/Tutor Firma y fecha)

Aprobación del Administrador de la Escuela **(He comprobado que el estudiante tiene el conocimiento y comportamiento capaz de su auto-medicación)**

(Imprima el Nombre / Firma y fecha)

Aprobación de la enfermera del Distrito de Corvallis 509J
(Grados K-8)

Autorización del médico - medicamentos recetados sólo
Etiqueta de receta Nota Fax

(Imprima el Nombre / Firma y fecha)

(Imprima el Nombre / Firma del verificador y fecha)