NOMBRE DEL DISTRITO ACUERDO DE AUTOMEDICACIÓN

Los estudiantes que son capaces, por su desarrollo o su comportamiento, pueden administrarse medicamentos, conforme a lo siguiente:

1. Este formulario de acuerdo de automedica debe presentarse para toda automedicación.
	* La autoadministración de medicación no recetada requiere este formulario y la autorización de un administrador de la escuela. La autoadministración de medicamentos aprobados que no sean de FDA debe incluir también una orden escrita de quien la recetó.
	* La autoadministración de medicación recetada requiere este formulario y la autorización de un administrador de la escuela, o de una enfermera certificada de la escuela o de alguien autorizado para emitir la receta. El consentimiento por parte de quien emite la receta puede incluirse en la etiqueta de la receta o en este formulario de acuerdo de automedicación.
2. Todos los medicamentos deben guardarse en su envase original debidamente etiquetado, como sigue:
	* Las etiquetas de la receta deben especificar el nombre del estudiante, el nombre de la medicación, la dosis, la vía de administración la frecuencia o la hora de la administración y las demás instrucciones especiales.
3. Queda estrictamente prohibido compartir o prestar la medicación con otro estudiante.
4. El permiso de automedicación pudiera ser revocado si el estudiante comete una infracción de la política del distrito escolar, que rige la administración de la medicación o de estos reglamentos. Además, el estudiante puede ser sujeto a acciones disciplinarias, hasta e incluyendo la expulsión, según sea el caso si se comete una infracción en la política de la automedicación.

Nombre del estudiante: He leído y estoy de acuerdo con los criterios anteriores y doy mi permiso para autoadministrar:

Nombre del medicamento:

Firma: Fecha:

Estoy de acuerdo en cumplir con los criterios anteriores:

Firma: Fecha:

Por favor, permita que este estudiante se administre este medicamento. (El estudiante debe ser capaz, a nivel de desarrollo y de comportamiento de autoadministrarse.)

Firma de la enfermera certificada o de la persona que emitió la receta: Fecha:

Este estudiante puede llevar y administrarse esta medicación según lo recetado.

Firma del administrador de la escuela: Fecha: