**AUTOADMINISTRACIÓN DE MEDICAMENTO**

**DURANTE EL HORARIO ESCOLAR**

**NORMA JGCD-E (1)**

Siempre que sea posible, los padres o tutores deben administrar los medicamentos a los estudiantes antes o después del horario escolar. El medicamento deberá estar en el envase etiquetado original.

Por favor, llene un formulario por separado por cada medicamento que será auto-administrado.

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Nombre del estudiante:** | | | **Fecha de nacimiento:** |
| **Escuela:** | **Grado:** | **Maestro(a):** | |

¿Sufre el estudiante de alergia a algún alimento, medicamento

o producto? No Sí (en caso afirmativo, enumere las alergias)

|  |  |
| --- | --- |
| Medicamento: | Dosis: |
| Motivo del medicamento: | Vía: |
| Hora del día en que debe tomar el medicamento: Si es posible, especifique la hora de su preferencia.  Para ser tomado según sea necesario de acuerdo a las instrucciones en el envase | Por cuanto tiempo tomará el medicamento:  : durante todo el año escolar  días semanas |
| Posibles efectos secundarios: | |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Se requiere la firma del profesional de la salud para todos los medicamentos que serán auto administrados** | | |
| Firma del profesional de la salud que prescribe el medicamento: | | Fecha: |
| Sello, nombre y dirección (impreso o escrito a mano) del profesional de la salud | Número de teléfono en el consultorio | |
| Número de fax en el consultorio | |

Doy mi consentimiento para que el estudiante arriba mencionado, lleve consigo el medicamento que se menciona arriba durante el horario escolar. Mi estudiante entiende las circunstancias que justifican la administración de este medicamento y es suficientemente responsable para mantenerlo consigo y administrarlo a sí mismo. Mi estudiante entiende también que este medicamento no debe ser distribuido a ningún otro estudiante o empleado del distrito. Doy mi consentimiento para que la enfermera o el administrador de la escuela se comuniquen con el profesional de la salud arriba mencionado para hablar sobre este medicamento y la salud de mi hijo(a). Doy mi consentimiento para que el profesional de la salud arriba mencionado o el empleado designado proporcionen información acerca de este medicamento y la salud de mi hijo a la enfermera o al administrador de la escuela. Entiendo que la escuela podrá requerir que yo esté de acuerdo con las reglas del distrito escolar sobre la autoadministración de medicamentos antes de que la autoadministración de este medicamento en la escuela le sea permitida. Entiendo que tengo la responsabilidad de informar a la escuela si alguno de los medicamentos de mi hijo(a) cambia.

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Firma del padre o tutor |  | Escriba el nombre del padre o tutor |  | Fecha |
| Firma del estudiante |  | Escriba el nombre del estudiante |  | Fecha |



**PARA USO DE LA ESCUELA**

Aprobado

Director o Delegado de la Escuela

Fecha:

Revisado mayo 2009