

## ACUERDO DE AUTOMEDICACIÓN DE LAS ESCUELAS PUBLICAS DE GREATER ALBANY

Los estudiantes quienes tengan la capacidad de madurez y/o de conducta, se les permitirá la auto-administración de medicamentos, sujeto a lo siguiente:

1. Este formulario de Acuerdo de Automedicación debe ser presentado para toda automedicación.
  - a. La autoadministración de medicamentos *sin receta*, requiere este formulario y el permiso de un administrador de la escuela. (La auto-administración de medicamentos no aprobados por la Administración de Alimentos y Medicamentos -FDA por sus siglas en inglés, debe incluir una orden escrita de una persona autorizada para escribir recetas).
  - b. La autoadministración de medicamentos *recetados*, requiere este formulario y el permiso de un administrador escolar y de una Enfermera Registrada (RN por sus siglas en inglés), que ejerza en el entorno escolar o una persona autorizada para escribir recetas. El consentimiento de la persona autorizada para escribir recetas, puede incluirse en la etiqueta de la receta o en este formulario de acuerdo de automedicación.
2. Todos los medicamentos deben mantenerse en su envase original, debidamente etiquetado de la siguiente manera:
  - a. Las etiquetas de la prescripción deben especificar el nombre del estudiante, el nombre del medicamento, la dosis, la ruta y la frecuencia o el momento de la administración y cualquier otra instrucción especial.
3. El estudiante *debe* tener en su posesión:
  - a. Una copia de este formulario completo y
  - b. Solo la cantidad de medicamento necesaria para ese día escolar, con excepción del empaque del fabricante que contiene dosis múltiples. El estudiante puede llevar un paquete.
4. Está estrictamente prohibido compartir y / o pedir prestados medicamentos con otro estudiante.
5. El permiso para auto-medicarse puede ser revocado, si el estudiante no cumple con la política del distrito escolar, que rige la administración de medicamentos y/o estas regulaciones. Además, el estudiante puede estar sujeto a medidas disciplinarias, incluida la expulsión, según corresponda, si se infringe la política de automedicación.

---

Yo he leído y estoy de acuerdo con el criterio mencionado arriba y doy mi permiso para la auto-administración:

Nombre del estudiante: \_\_\_\_\_

Firma del estudiante: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

**Permita que este estudiante se administre este medicamento por su cuenta. (El estudiante debe tener la capacidad de madurez y conducta para auto-administrarse el medicamento).**

Nombre del medicamento: \_\_\_\_\_

Firma de los Padres/Apoderado Legal: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Firma de la persona autorizada para escribir recetas o RN: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

((Requerido para los medicamentos con receta o medicamentos sin receta no aprobados por la FDA aprobado OTC))

---

\_\_\_\_ Este estudiante puede llevar y auto-administrarse este medicamento según lo recetado.

\_\_\_\_ Este estudiante puede auto-administrarse este medicamento según lo recetado, pero el medicamento se mantendrá en la oficina.

Firma del Administrador de la escuela: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_