



Special Programs Office
 520 N.W. Wall Street
 Bend, Oregon 97703
 (541) 355-1060

ESCUELAS DE BEND-LA PINE SCHOOLS
AUTORIZACIÓN PARA LA AUTOADMINISTRACIÓN DE MEDICAMENTO

Fecha: _____ **Año escolar:** _____

Nombre del Estudiante:		Escuela:	Grado:
Fecha de nacimiento		Identificación del Estudiante #	
Nombre del Padre de Familia / Guardian		Relación con el estudiante	Número de teléfono
Nombre del Padre de Familia / Guardian		Relación con el estudiante	Número de teléfono
Nombre del médico		Número de teléfono	
Nombre del contacto de emergencia		Número de teléfono	
Enfermero de la escuela		Número de teléfono	

Doy permiso a mi estudiante para que se autoadministre los medicamentos:

<input type="checkbox"/> Prescripción	<input type="checkbox"/> No prescripción
Medicamento:	
Dosis:	Frequency:
Hora:	
Ruta (marque uno): <input type="checkbox"/> boca (mouth) <input type="checkbox"/> oreja (ear) <input type="checkbox"/> ojo (eye) <input type="checkbox"/> nariz (nose) <input type="checkbox"/> piel (skin) <input type="checkbox"/> intramuscular <input type="checkbox"/> subcutáneo	
Fecha de inicio:	Fecha final: Motivo de la medicación:
Instrucciones especiales:	
Firma del padre/tutor	Fecha:

- Esta autorización se aplica solo a los medicamentos enumerados anteriormente y durante el tratamiento o el año escolar.
- Esta autorización permite el intercambio de información, según sea necesario, entre la enfermera de la escuela, el personal escolar apropiado y / o el proveedor de atención médica de mi estudiante.
- **Los estudiantes solo pueden tener en su poder la cantidad de medicamento necesaria para ese día.**

INSTRUCCIONES DEL DOCTOR (PHYSICIAN DIRECTION)

*Requerido por escrito o en la etiqueta de la farmacia para todos los medicamentos recetados.
 (Required in writing or on pharmacy label for all prescription medications.)*

I have prescribed the above medication for the student whose name appears at the top of this form, including: dose, administration time/frequency, and medication route.	
*Special instructions:	
Health Care Provider Name: <small>Print/stamp</small>	
Address:	
Phone#:	
Health Care Provider Signature:	Date:

Para ser completado solo por la enfermera de la escuela

(To be completed by school nurse only)

- Nurse initials _____ Student understands reason for taking medication.
 Nurse initials _____ Student understands medication administration dose.
 Nurse initials _____ Student understands how often medication should be administered.
 Nurse initials _____ Student understands how to take the medication.

For inhalers and injectable medications

Nurse initials _____ Student has demonstrated how to correctly administer the medication.

A los estudiantes que no cumplan con los criterios anteriores no se les permitirá llevar sus medicamentos por sí mismos y necesitarán que el personal de la escuela les administre el medicamento.

(Students not meeting the above criteria will not be permitted to self-carry their medication and will need to have the medication administered by school staff.)

Nurse Name: <small>Print</small>	Initials:
Signature:	Date:



Special Programs Office
520 N.W. Wall Street
Bend, Oregon 97703
(541) 355-1060

ESCUELAS DE BEND-LA PINE

ACUERDO SOBRE AUTOADMINISTRACIÓN DE MEDICAMENTO

Los estudiantes, sin dificultades de desarrollo y de comportamiento, podrán encargarse de tomar su medicina con o sin receta médica bajo las siguientes premisas:

1. Un Formulario de *Autorización de Autoadministración de Medicamento* debe ser presentado para todas las medicinas con o sin recetas médicas.
2. Todos los medicamentos con o sin receta médica deben permanecer con sus etiquetas y en sus envases originales de la siguiente manera:
 - a. La etiqueta de la medicina debe especificar el nombre del estudiante, nombre de la medicina, dosis, tipo de suministro, frecuencia de la dosis, horarios de suministro y cualquier otra instrucción especial.
 - b. Los medicamentos sin receta médica deben tener el nombre del estudiante adherido al envase original.
3. El estudiante debe tener en su posesión solamente la cantidad de medicina que necesita durante el día, a excepción de los inhaladores.
4. Compartir o prestar medicamentos de otro estudiante va contra las reglas del distrito escolar y será considerado como una infracción de consumo de drogas.
5. El permiso para auto-administrar medicamento puede ser revocado si el estudiante no cumple con las reglas del distrito escolar que rigen la administración de los medicamentos no inyectables y/o estas regulaciones. Además, los estudiantes pueden ser sujetos a acciones disciplinarias que pueden incluir una expulsión, según se considere necesario.

Nombre del Estudiante:	Escuela:
------------------------	----------

He leído y estoy de acuerdo con los criterios mencionados anteriormente y autorizo a mi hijo a llevar su medicamento.

(I have read and agreed to the above criteria and give permission for my student to carry his/her medication.)

Firma del Padre / Tutor: (Parent/guardian signature)	Fecha:
--	--------

Estoy de acuerdo en cumplir con los criterios normativos mencionados anteriormente.

(I agreed to comply with the above criteria.)

Firma del Estudiante: (Student Signature)	Fecha:
---	--------



Special Programs Office
520 N.W. Wall Street
Bend, Oregon 97703
(541) 355-1060