



Jefferson Joint School District #251

Cada Estudiante Puede Aprender y Tener éxito

3850 E 300 N
Rigby, ID 83442
(208) 745-6693 / (208) 745-0848 (fax)

Autorización para la autoadministración de medicamentos sin receta y con receta médica

El nombre del estudiante: _____ Grado: _____ Fecha de Nacimiento: _____

Nombre del padre / tutor: _____

Número de teléfono: (Casa) _____ (Trabajo) _____

Indemnización / Acuerdo inofensivo para la Autoadministración de Medicamentos

Los padres / tutores acuerdan indemnizar, defender y eximir de responsabilidad al Distrito Escolar de todos y cada uno de los reclamos, acciones, costos, gastos, daños y responsabilidades, incluidos los honorarios de abogados, que surjan de, estén relacionados con, o resultante de la autoadministración de medicamentos por parte del alumno. Los padres / tutores acuerdan que los empleados del Distrito Escolar, la Junta de Educación, la Junta de Educación y sus agentes no incurrirán en responsabilidad como resultado de cualquier lesión que surja de la autoadministración o esté relacionada con ella. de medicación por el alumno. Específicamente, los padres / tutores acuerdan que no instituirán en su nombre o en nombre del alumno, ningún reclamo o acción en contra de la Junta de Educación, los empleados de la Junta de Educación y sus agentes que surjan de o relacionado con la autoadministración de medicamentos por parte del alumno.

Este acuerdo entrará en vigencia en la fecha que se detalla a continuación y se mantendrá vigente mientras el alumno tenga permiso para autoadministrarse la medicación. Este acuerdo debe estar firmado y en pleno efecto antes de otorgar el permiso para autoadministrarse la medicación.

Nombre de los Padres/Guardianes Firma de los Padres/Guardianes Fecha

Disposición de Medicamentos

Las autoridades escolares notificarán al padre / tutor al final de cada año escolar para recoger el medicamento restante. La enfermera de la escuela destruirá el medicamento que no haya sido embargado por el padre / tutor dentro de un período de siete días de notificación por parte de las autoridades escolares en presencia de un testigo.

EL MÉDICO DE MEDICAMENTOS RECETADOS DEBERÁ COMPLETAR LO SIGUIENTE:

Estoy recomendando que el estudiante mencionado arriba pueda administrarse el siguiente medicamento:

Nombre de la Medicación: _____ Propósito de la Medicación: _____

Identificación del Problema Médico Crónico: _____

Dosificación y frecuencia prescritas: _____

Duración del tiempo Medicación prescrita: _____

Posibles efectos secundarios o precauciones especiales que deben tomarse: _____

Acciones a tomar en caso de una emergencia, incluso si el medicamento no mejora _____

Condiciones Bajo las cuales Se Realizará la Automedicación:

_____ **Independientemente** (*El niño debe haber tenido entrenamiento y ser competente en la autoadministración de medicamentos.*)

Nombre del Entrenador: _____

Fecha de Entrenamiento: _____

_____ **Bajo la supervisión de una enfermera escolar o personal designado**

La medicación debe ser: _____ Almacenado en la oficina _____ En posesión del estudiante

Nombre del Médico (imprimir) Firma del Médico Fecha # de Teléfono del médico

LO SIGUIENTE SE DEBE COMPLETAR POR EL PADRE / TUTOR PARA MEDICAMENTOS SIN PRESCRIPCIÓN (EN EL CONTRA):

El estudiante mencionado anteriormente puede tener autorización para autoadministrarse el siguiente medicamento:

Nombre de la Medicación: _____ Propósito de la Medicación: _____

Identificación del Problema Médico Crónico: _____

Dosificación y Frecuencia Prescritas: _____

Duración del Tiempo Medicación Prescrita: _____

Posibles efectos secundarios o precauciones especiales que deben tomarse: _____

Acciones a tomar en caso de una emergencia, incluso si el medicamento no mejora _____

Condiciones Bajo las Cuales Se Realizará la Automedicación:

_____ **Independientemente** (*el niño debe haber tenido capacitación y ser competente en la administración de medicamentos.*)

Nombre del Entrenador: _____

Fecha de Entrenamiento: _____

_____ **Bajo la supervisión de una enfermera escolar o personal designado**

La medicación debe ser: _____ Almacenado en la oficina _____ En posesión del estudiante

Nombre del Padre/Tutor (Imprimir) Firma del Padre/Tutor Fecha

Proporcione una copia de este documento en Inglés al médico para su firma.

A separate form is required for each medication