



SERVICIOS DE SALUD: Contrato de Autorización para que el Alumno lleve Consigno y Administre su Propio Medicamento

Nombre del alumno: _____ Fecha de nacimiento: _____

Escuela: _____ Grado: _____ Maestro: _____ Año escolar: _____

Este contrato de medicamento ha sido diseñado para garantizar la seguridad y bienestar del alumno. Las siguientes personas asumirán la responsabilidad designada en el contrato el cual le permite a este alumno:

Llevar consigo y administrar _____ a las _____
(Nombre del medicamento) (Hora o cuando es necesario)

Los padres van a...	<p>Proveer el formulario de autorización de los padres y del médico por escrito. Supervisar/Verificar que su hijo tome el medicamento como fue prescrito sabiendo que el personal no puede supervisar al alumno. Proveer a la Oficina de Salud medicamento extra en caso de emergencia.</p> <ul style="list-style-type: none"> Yo no deseo que la Oficina tenga medicamento extra en caso de emergencia. <p>_____ (firma de los padres) Informar a la enfermera escolar dentro de las 24 horas de cualquier cambio en el tratamiento. Autorizar a la enfermera escolar para que llame al médico cada vez que sea necesario.</p>		
El alumno va a ...	<p>Guardar el medicamento en un lugar seguro junto a la copia de su contrato en _____ Tomar medicamento independientemente y discretamente y mantendrá a los padres informados. Avisar a la Oficina de Salud si el medicamento no alivia los síntomas al tomar la dosis indicada. Avisar inmediatamente a la Oficina de Salud si se le perdió el medicamento o se lo robaron. NO PUEDE compartir con otros alumnos su medicamento (será sujeto a una acción disciplinaria). Otro: _____</p>		
La enferma de la escuela va a ...	<p>Revisar La Solicitud Padres/Médico para Ordenar Medicamento. Introducir un Plan Individual de Salud (IHP) como sea necesario. Informar al personal escolar apropiado, según sea necesario (por ejemplo, auxiliar de salud, personal de la oficina, maestros, supervisores al medio día, choferes de autobús, etc.)</p>		
La Secretaria de Salud/ Personal de la oficina van a...	<p>Estarán pendientes del Contrato de Medicamento del alumno. Mantener copias del contrato de autorización para llevar consigo mismo la medicina en la Oficina de Salud. Notificar tanto la enfermera escolar como a los padres en caso necesario.</p>		
Personal Escolar va a ...	<p>Informar inmediatamente cualquier cosa inusual a la Oficina de Salud.</p>		
<p style="text-align: center;"><i>Este contrato es válido máximo por un año y debe ir acompañado por el</i> "CONTRATO DE AUTORIZACION DE MEDICAMENTO DE LOS PADRES/ TUTOR LEGAL/ PROVEEDOR DE CUIDADO DE LA SALUD" Si no se cumple o hay algún cambio en la situación, el alumno, padre o enfermera de la escuela puede exigir una revisión inmediata. Hemos leído y estoy de acuerdo con el contenido de este contrato de medicamento:</p>			
Firma del alumno	Fecha	Firma de los padres	Fecha

SCHOOL STAFF USE ONLY THIS BOX

Contract Received by: _____
Signature of school staff member Job Title Date

(Staff Initial) **Verify that "Health Care Provider Initials" to carry/self-administer are present on the Medication Request Form**

Expiration Date of carried medication: _____ *(Parents are responsible for replacing expired medication.)*

Student given completed copies: _____ Parent/Guardian and Authorized Healthcare Provider Request for Medication.
_____ Contract for Student to Self-Carry and Self-Administer Authorized Medication

Original copy of contract to be kept in medication book with medication order in the health office.