



AUTORIZACIÓN DE MEDICACIÓN PARA ESTUDIANTES DEL CMS

Nombre de la escuela	Teléfono de la escuela	Para uso exclusivo de la oficina
Si se envía por fax: 704-432-2079 (Salud Escolar)		Date Received/Receiver's Signature (Fecha de recepción/Firma de quien recibe): Medication Received? (¿Recibió medicación?) <input type="checkbox"/> sí <input type="checkbox"/> no
Nombre del/de la estudiante (en letra de imprenta)	Fecha de nacimiento del/de la estudiante	Date Approved/Nurse's Signature (Fecha de aprobación/Firma del enfermero(a)) Entered in EHR? (¿Ingresado en el Expediente médico electrónico?) <input type="checkbox"/> sí <input type="checkbox"/> no

Para administrar medicamentos con prescripción o de venta libre en la escuela se requiere el consentimiento por escrito del padre/madre/tutor(a) y una orden de un proveedor de atención médica con licencia en Carolina del Norte (Política JLCD y Regulación JLCD-R del CMS). Si se ha mudado desde otro estado y tiene prescripciones de un proveedor fuera del estado, comuníquese con el/la enfermero(a) de la escuela para obtener ayuda. Es posible que algunos medicamentos no sean apropiados para el ambiente escolar. Se puede solicitar información adicional para algunos medicamentos (por ejemplo: medicamentos para investigaciones o medicamentos con efectos secundarios potenciales graves e inmediatos). Comuníquese con el/la enfermero(a) escolar si tiene preguntas.

SECCIÓN 1: LICENSED HEALTHCARE PROVIDER AUTHORIZATION (AUTORIZACIÓN DE UN PROVEEDOR DE SALUD CON LICENCIA)

- Si es posible, los medicamentos se deberían tomar antes o después de la escuela. No se alienta la administración de medicamentos de venta libre en la escuela.
- En lugar de este formulario se pueden usar los planes de acción del CMS para asma, diabetes, trastornos convulsivos y alergias graves. Vea la página web de Salud escolar coordinada del CMS.
- Al usar este formulario, debe completar un formulario por separado para cada medicamento. Escriba con claridad y use términos sencillos.
- Complete la Sección 3 para el caso de estudiantes que llevarán o se administrarán los medicamentos por sí mismos.

Medicación: (Genérica/De marca)	¿Es una sustancia controlada? <input type="checkbox"/> sí <input type="checkbox"/> no
Instrucciones sobre las dosis:	Ruta de administración:
Horario de administración: Relación con las comidas: <input type="checkbox"/> No corresponde <input type="checkbox"/> Con las comidas <input type="checkbox"/> Con un refrigerio <input type="checkbox"/> Otro:	<input type="checkbox"/> PRN (Según se necesite - especifique un intervalo de tiempo):
Propósito:	Haga clic aquí si la medicación es solo para emergencias. <input type="checkbox"/>
Efectos secundarios/reacciones adversas:	
Duración aproximada del tratamiento: <input type="checkbox"/> año escolar <input type="checkbox"/> _____ meses <input type="checkbox"/> _____ semanas <input type="checkbox"/> _____ días	Otras instrucciones - incluidas situaciones de emergencia:

En mi opinión profesional, es necesario según el criterio médico que este estudiante reciba su medicación durante las horas escolares.

Firma del proveedor de salud: _____ Fecha: _____

Nombre y dirección del proveedor de salud - en sello, en letras de imprenta o impreso	Teléfono de la oficina
	Fax de la oficina

SECCIÓN 2: CONSENTIMIENTO DEL PADRE/MADRE/TUTOR(A)

- Comprendo que: No se administrará medicación en la escuela hasta que un(a) enfermero(a) de la escuela apruebe esta autorización. Se necesitan nuevos formularios de autorización al comienzo de cada año escolar, cuando cambian las dosis o las indicaciones y cuando se prescribe un medicamento nuevo. Es mi responsabilidad suministrar el medicamento. Cada medicamento debe estar en el envase original con etiqueta de la farmacia o de la oficina del proveedor de salud. Algunas farmacias proveen un envase adicional para uso en la escuela. La información acerca de este medicamento y la salud de mi hijo puede ser compartida con el personal o los funcionarios de la escuela para ayudar a asegurar el cuidado y éxito de mi hijo en la escuela. El/La enfermero(a) de la escuela puede comunicarse con el proveedor de salud que prescribió el medicamento y la farmacia que surtió la prescripción para debatir sobre esta medicación y la salud de mi hijo(a). Los medicamentos son administrados por un(a) enfermero(a) o personal capacitado del CMS.

- Doy mi permiso para que mi hijo reciba la medicación descrita más arriba durante las horas escolares. Doy mi permiso para que el proveedor de salud, el farmacéutico y sus colaboradores proporcionen información al/a la enfermero(a) de la escuela respecto de esta medicación y la salud de mi hijo.
- En nombre de mi hijo(a), eximo de toda responsabilidad a la Junta de Educación de Charlotte-Mecklenburg, sus funcionarios y empleados con respecto a lo que pueda suceder si mi hijo(a) toma este medicamento en la escuela.

Firma del padre/madre/tutor(a) legal:	Fecha:	Números de teléfono (celular, trabajo, casa):
Padre/madre/tutor(a) legal (nombre en letra de imprenta):		

SECCIÓN 3: AUTORIZACIÓN DE AUTOMEDICACIÓN PARA LOS ESTUDIANTES DEL CMS

Nombre del/de la estudiante	Fecha de nacimiento del/de la estudiante
Nombre del medicamento	Propósito del medicamento

REQUISITOS DE ELEGIBILIDAD DEL CMS PARA LA AUTOMEDICACIÓN

Pueden ser elegibles para la automedicación los estudiantes que sufren de condiciones crónicas como asma, diabetes o alergias graves, y aquellos que necesitan dosis frecuentes de medicamentos de venta libre. La automedicación con sustancias controladas se podría considerar en situaciones excepcionales, cuando existe el potencial de episodios médicos peligrosos. Para los casos de automedicación, los estudiantes: 1) deben ser capaces de automedicarse desde un punto de vista mental, emocional y físico, 2) deben haber sido instruidos para usar y conservar sus medicamentos de manera adecuada, 3) deben demostrar un comportamiento maduro y responsable en el uso de los medicamentos, 4) deben llevar consigo sus medicamentos guardados de forma segura o de alguna otra manera que acuerden con el/la enfermero(a) y la administración de la escuela y 5) no deben compartir los medicamentos con otros estudiantes ni exhibirlos ante ellos. El privilegio de permitir la automedicación se puede eliminar por cualquier causa justa. Se pueden aplicar las acciones disciplinarias establecidas en el Código de conducta estudiantil si no se siguen las políticas y regulaciones del CMS. La Junta de Educación del CMS y sus funcionarios y personal designado no asumen responsabilidad alguna por la automedicación de los estudiantes. Los detalles adicionales pueden encontrarse en la Política JLCD/Regulación JLCD-R del CMS.

PROVEEDOR DE SALUD

El estudiante mencionado anteriormente cumple con los requisitos de elegibilidad del CMS para la automedicación. Este estudiante es capaz de autoadministrarse esta medicación según lo indicado en la Sección 1 de este formulario, ha sido instruido en los procedimientos para hacerlo y ha demostrado poseer las habilidades necesarias para ello. Este estudiante no necesitará supervisión de un adulto mientras toma esta medicación.

¿Esta medicación es una sustancia controlada? sí no

Marque los puntos que correspondan a continuación:

- Permitir que este estudiante se autoadministre esta medicación mientras se encuentra en la escuela en horario escolar.
- Este estudiante debe llevar su medicación consigo en todo momento durante el día escolar, mientras se encuentra en eventos que organiza la escuela o mientras se encuentra en tránsito desde y hacia la escuela o las actividades que organiza la escuela.

Firma del proveedor de salud:	Fecha:
Nombre en letra de imprenta del proveedor de salud:	

PADRE/MADRE/TUTOR(A) LEGAL

Mi hijo(a) es capaz de automedicarse y cumple con los requerimientos de elegibilidad del CMS. Doy mi consentimiento para que las Escuelas de Mecklenburg permitan a mi hijo(a) autoadministrarse esta medicación en la escuela. Comprendo que mi hijo(a) y yo asumimos la responsabilidad por el uso y resguardo adecuado de esta medicación. Si esta medicación es para un caso de emergencia con riesgo de muerte como anafilaxis o asma, acepto proporcionar un suministro de respaldo de la medicación, para que se conserve en la escuela en un sitio al cual mi hijo tenga acceso inmediato, para asegurar que la medicación esté disponible si la necesita. Eximo de toda responsabilidad que pueda resultar del hecho de que mi hijo(a) lleve o tome su medicación en la escuela a la Junta de Educación de Charlotte-Mecklenburg, sus funcionarios y sus empleados. Comprendo que la información sobre esta medicación y sobre la salud de mi hijo(a) se puede compartir con otros empleados o funcionarios de la escuela para ayudar a garantizar la seguridad y éxito de mi hijo(a) en la escuela. El/La enfermero(a) de la escuela puede comunicarse con el proveedor de salud que prescribió el medicamento y la farmacia que surtió la prescripción para debatir sobre esta medicación y la salud de mi hijo(a).

Firma del padre/madre/tutor(a) legal:	Fecha:
Padre/madre/tutor(a) legal (nombre en letra de imprenta):	

ESTUDIANTE

Soy capaz de tomar esta medicación por mí mismo. Acuerdo tomar esta medicación según lo indicado. La mantendré a resguardo y fuera de la vista de otros cuando no la esté usando. No permitiré que otros retengan o usen mi medicación o mis suministros médicos. Comprendo que recibiré las sanciones que indica el Código de Conducta estudiantil del CMS si abuso del privilegio de poder automedicarme mientras me encuentro en la escuela o en actividades que promueve la escuela. Comprendo que puedo perder el privilegio de autoadministrarme mi medicación si no sigo estas reglas.

Firma del/de la estudiante:	Fecha:
(Nombre en letra de imprenta):	

ENFERMERO(A) ESCOLAR

He revisado esta solicitud y reconozco que este estudiante ha demostrado el nivel de habilidad necesario para autoadministrarse esta medicación. Le he informado a este estudiante que debe decirle a un miembro del personal que ha usado su medicación en la escuela.

Firma del enfermero(a):	Fecha:
(Nombre en letra de imprenta):	

DIRECTOR(A) / PERSONA DESIGNADA

He recibido esta solicitud y apruebo que este estudiante se autoadministre esta medicación.

Firma del director(a) / persona designada:	Fecha:
(Nombre en letra de imprenta):	