

AUTORIZACIÓN PARA QUE ESTUDIANTES DE CMS SE AUTO-MEDIQUEN

SECCION 3: AUTORIZACION PARA QUE ESTUDIANTES DE CMS SE AUTO-MEDIQUEN

Nombre del Estudiante	Fecha de Nacimiento del Estudiante
Nombre del Medicamento	Propósito del Medicamento

REQUISITOS DE ELEGIBILIDAD DE CMS PARA AUTOMEDICARSE

Los estudiantes con afecciones crónicas como asma, diabetes, alergias severas y aquellos que requieren dosis frecuentes de productos sin prescripción, pueden ser elegibles para auto-mediacarse. La auto-administración de una sustancia controlada se considerará en algunos casos en que puedan ocurrir episodios médicos potencialmente dañinos. Para la auto-mediacación, los estudiantes: 1) tienen que estar mental, emocional y físicamente capaz de auto-administrar el medicamento, 2) tienen que haber sido enseñados en el uso apropiado y el cuidado seguro de sus medicamentos, 3) tienen que demostrar un comportamiento maduro y responsable usando su medicamento 4) tienen que mantener su medicamento para sí mismo seguro, o de otra manera que haya sido acordado con la enfermera y la administración de la escuela, y 5) no pueden compartir o mostrar el medicamento a otros estudiantes. El privilegio de ser autorizado a auto-mediacarse puede ser quitado si hay alguna causa justa. El incumplimiento de las políticas y regulaciones de CMS puede resultar en acciones disciplinarias como se indica en el Código de Conducta Del Estudiante. La Junta de Educación de CMS, sus designados y agentes, no asumen la responsabilidad de la auto-mediacación por parte de los estudiantes. Los detalles adicionales se encuentran en la Política de CMS JLCD / Regulación JLCD-R.

HEALTHCARE PROVIDER

The student named above meets the CMS eligibility requirements for self-medication. This student is capable of, has been instructed on the procedures for and has demonstrated the skill to self-administer this medication as directed in Section 1 of this form. This student will not require adult supervision while taking this medication.

Is this medication a controlled substance? yes no

Check applicable items below:

- Please allow this student to self-administer this medication while at school during school hours.
- This student should carry this medication with him/her at all times during the school day, while at school-sponsored events, or while in transit to or from school or school-sponsored activities.

Healthcare Provider Signature:	Date:
Healthcare Provider (Print Name):	

PADRE/ GUARDIAN LEGAL

Mi hijo es capaz de auto-mediacarse y cumple con los requisitos de elegibilidad de CMS. Doy mi consentimiento a las Escuelas de Charlotte-Mecklenburg y permito que mi hijo se auto-administre este medicamento en la escuela. Entiendo que mi hijo y yo asumimos la responsabilidad del uso adecuado y el cuidado de este medicamento. Si este medicamento es para una emergencia que pone en peligro la vida como lo es la anafilaxia para el asma, estoy de acuerdo en proporcionar un suministro de reserva del medicamento el cual se mantendrá en la escuela en un lugar en el cual mi hijo tenga acceso inmediato para asegurar que el medicamento esté disponible si se necesita. Dejo libre de toda responsabilidad civil a la Junta de Educación de Charlotte-Mecklenburg, sus agentes y empleados de lo que pueda suceder como resultado de que mi hijo tome este medicamento en la escuela. Entiendo que la información sobre este medicamento y la salud de mi hijo puede ser compartida con el personal escolar y los agentes de la escuela para ayudar a asegurar el cuidado y el éxito de mi hijo en la escuela. La enfermera de la escuela puede comunicarse con el proveedor de atención médica que le prescribió el medicamento y la farmacia donde se llenó la receta para discutir este medicamento y la salud de mi hijo.

Firma del Padre/ Guardián Legal:	Fecha:
Nombre del Padre/ Guardián Legal (Por favor escriba en letra imprenta):	

ESTUDIANTE

Soy capaz de tomar este medicamento por mi cuenta. Acepto tomar este medicamento según lo ordenado. Lo mantendré seguro y fuera de la vista de los demás cuando no lo esté usando. No dejaré que otros tengan o usen mi medicamento o suministros médicos. Yo entiendo que seré disciplinado bajo el Código de Conducta del Estudiante de CMS si abuso del privilegio de ser autorizado a auto-mediacarme mientras estoy en la escuela o actividades patrocinadas por la escuela. Entiendo que puedo perder el privilegio de auto-administrar mi medicamento si no sigo estas reglas.

Firma del Estudiante:	Fecha:
Estudiante (letra imprenta):	

SCHOOL NURSE

I have reviewed this request and acknowledge that this student has demonstrated the skill level to self-administer this medication. I have informed this student that he or she must tell an appropriate staff member whenever he or she has used the medication at school.

Nurse Signature:	Date:
Nurse (Print Name):	

PRINCIPAL / DESIGNEE

I have reviewed this request and approve this student for self-administering this medication.

Principal/Designee Signature:	Date: