



# Las Escuelas Públicas de Holyoke

## Formulario para los Padres sobre la Autoadministración de Medicamentos

Estimado Padre/Guardián:

Se permite que los estudiantes autoadministran los medicamentos con la aprobación la enfermera escolar, el padre/guardián y el médico. Usted debe completar la parte A de este formulario para que su hijo lleve y administre su propia pompa y/o el inyector automático de epinefrina y/o insulina y/u otro medicamento según sea recetado por un médico licenciado. La parte B se completa en la oficina de salud con su hijo. Usted puede estar presente mientras completan la parte B del formulario si lo desea. Su hijo debe poder contestar las preguntas en la parte B. Si no, no le van a permitir llevar ni autoadministrar su propio medicamento. Esto es por la seguridad de su hijo y los demás. Este formulario se debe completar JUNTO CON el formulario firmado del padre y recetador para la administración de medicamentos en la escuela. La orden de medicamento del recetador se debe incluir para que la autoadministración ocurra.

### Parte A. Para el padre/guardián completar:

Solicito que mi hijo, \_\_\_\_\_ tenga permiso para llevar con sí mismo la pompa para \_\_\_\_\_ y/o el inyector automático de epinefrina para \_\_\_\_\_ y/o insulina de \_\_\_\_\_ y/o el medicamento \_\_\_\_\_ lo cual le han recetado. A mi hijo le han indicado como usar sus medicamentos y entiende el propósito, método apropiado, frecuencia y el uso de ellos. Mi hijo entiende que es responsable y contable para llevar y usar su medicina. Mi hijo entiende que si autoadministra el medicamento mientras en la escuela, debe avisar la enfermera escolar o adulto más cercano de inmediato. Está entendido que, si hay comportamiento irresponsable o riesgo de seguridad, el privilegio de llevar su medicina será rescindido. Voy a apoyar a mi hijo para que cumplan con el acuerdo en la parte B.

**Firma del padre/guardián:** \_\_\_\_\_ **Fecha:** \_\_\_\_\_

### Parte B. Para la enfermera completar con el estudiante:

Sí	No	El estudiante puede:
		nombrar el medicamento.
		identificar el medicamento correcto.
		explicar el propósito del medicamento.
		decir la dosis correcta.
		explicar cuando hay que tomar la medicina.
		demostrar el uso/administración correcto/a.
		decir su responsabilidad en llevar su propio medicamento y acepta no compartir con los demás.
		estar de acuerdo en notificar la enfermera escolar o adulto más cercano inmediatamente después de autoadministrar su medicina durante las horas escolares o en excursiones facilitadas por la escuela.
		estar de acuerdo en venir a la oficina de salud inmediatamente después de tomar la medicina recetada o con cualquier pregunta, preocupación, o efecto secundario adverso.
		decir que el privilegio de llevar y administrar su propia medicina será rescindido si él/ella no cumple con el acuerdo antedicho.

**Firma del estudiante:** \_\_\_\_\_ **Fecha:** \_\_\_\_\_

**Firma de la enfermera:** \_\_\_\_\_ **Fecha:** \_\_\_\_\_