



**Klamath Falls
City Schools**

100% Graduation is Our Expectation!

Self-Medication Agreement

Estudiante: _____

Medicación: _____

A los estudiantes que estén capacitados para el desarrollo y / o el comportamiento, se les permitirá auto-administrar medicamentos recetados, **sujetos a lo siguiente:**

1. La autoadministración de medicamentos recetados requiere permiso del padre, administrador / enfermero de la escuela y **proveedor médico (médico, auxiliar médico o enfermera)**. El consentimiento del médico para la autoadministración debe estar en la etiqueta y / o en el plan de tratamiento.
2. El medicamento debe mantenerse en su **envase original** debidamente etiquetado, de la siguiente manera: **-La etiqueta de la prescripción en el envase original de la farmacia** debe especificar el nombre del estudiante, el nombre de la medicación, la dosis, el método de administración, y la frecuencia o el tiempo de administración y cualquier otra instrucción especial incluyendo el permiso para que el estudiante se auto-medique. - El medicamento sin receta médica debe tener el nombre del estudiante pegado al envase original.
3. El estudiante puede tener en su posesión **solamente la cantidad de medicación necesaria para ese día** de escuela según las instrucciones de la prescripción (con la excepción de los inhaladores de dosis múltiples) o el empaquetado sin prescripción.
4. **Está estrictamente prohibido compartir y / o tomar prestado el inhalador con otro estudiante.**
5. **El permiso para automedicarse puede ser revocado si el estudiante viola la política de la Mesa Directiva que rige la automedicación y / o estas regulaciones. Además, los estudiantes pueden estar sujetos a disciplina, hasta e incluyendo expulsión, según sea apropiado.**

He leído y estoy de acuerdo con los criterios anteriores y doy permiso para que mi hijo se auto-medique. Certifico que mi hijo ha sido instruido en el uso correcto y responsable del medicamento mencionado anteriormente. Entiendo **que las políticas completas (JHCD, JHCDA, JHDC-AR) están en policy.osba.org/kfalls/index.asp** y el Distrito Escolar de Klamath Falls City y sus **empleados no serán responsables si el estudiante / familia no Seguir las políticas de medicamentos del distrito.**

(Firma del Padre / Tutor) _____ (Fecha) _____

(Firma del Estudiante) _____ (Fecha) _____

(Administrador de la Escuela o
Firma de la Enfermera) _____ (Fecha) _____