

Distrito Escolar de Bethlehem

AUTO-ADMINISTRACIÓN POR EL ESTUDIANTE

Nombre del Estudiante	Grado	Fecha
-----------------------	-------	-------

Para auto-medicarse, el estudiante debe poder: (marque todo lo que aplique)

- 1. Responder a y visualmente reconocer su nombre.
- 2. Identificar su medicamento/medicación.
- 3. Demostrar la tecnica propia para auto-medicarse con su medicamento/medicación.
- 4. Firmar su forma de auto-administración para verificar haber tomado su medicamento/medicación.
- 5. Demostrar una actitud cooperativa en todo aspecto de auto-administración de su medicamento/medicación.

Nombre del Medicamento/Medicación	Dosis	Frecuencia
-----------------------------------	-------	------------

El estudiante mencionado arriba ha demostrado la habilidad para administrar la medicamento dosis prescrita por el médico, indicada por los criterios listados.

Fecha	Firma (Enfermera Escolar Registrada)
-------	--------------------------------------

Como el padre/encargado del estudiante mencionado arriba, yo relevo al distrito escolar y a sus empleados de cualquier responsabilidad por los beneficios o consecuencias del medicamento listado cuando es prescrito por un médico y autorizado por los padres/encargados. Reconozco además, que la escuela no lleva ninguna responsabilidad por asegurár que la medicación sea tomada. Estoy consciente de que cualquier uso impropio o el compartir de la medicación mencionada arriba resultara en la confiscación inmediata de el medicamento y el privilegio de auto-administración sera perdido si la póliza de medicación es violada.

Fecha	Firma del Padres/Encargados
-------	-----------------------------

Estoy de acuerdo ser solamente responsable por mi medicamento y de seguir las direcciones del uso como ordenado por mi médico, y así como la póliza de medicación del distrito escolar. Estoy consciente de que cualquier abuso de este privilegio resultara en la confiscación de mi medicamento.

Fecha	Firma del Estudiante
-------	----------------------