

**Bethel School District #52
Eugene, OR 97402**

ACUERDO DE AUTOMEDICACIÓN

Se les permitirá a los estudiantes que sean aptos en desarrollo y/o conducta administrarse medicamentos de venta libre y de venta bajo receta, sujeto a lo siguiente. No se permite la automedicación de ciertos medicamentos, tales como estimulantes, narcóticos y barbitúricos.

1. Se debe presentar este formulario de acuerdo para la automedicación de todos los medicamentos de venta libre y de venta bajo receta en los grados Kinder a 8.
2. Todos los medicamentos de venta libre y de venta bajo receta deben conservarse en sus recipientes originales y correctamente etiquetados de la siguiente manera:
 - Las etiquetas de prescripción deben especificar el nombre del estudiante, el nombre del medicamento, la dosis, la vía de administración y la frecuencia u horario de administración y cualquier otra indicación especial.
 - Los medicamentos de venta libre deben contener el nombre del estudiante fijado al recipiente original.
3. El estudiante puede tener en su poder únicamente la cantidad de medicamento necesaria para ese día escolar. El inhalador de dosis múltiple es una excepción.
4. Queda estrictamente prohibido compartir y/o prestar los medicamentos entre estudiantes.
5. Se puede revocar el permiso de automedicación si el estudiante viola la política del distrito escolar que rige las normas sobre administración de medicamentos no inyectables y/u otras normas. Además, los estudiantes pueden ser sujetos de medidas disciplinarias, hasta e incluyendo la expulsión, según corresponda.

He leído y acepto los criterios anteriores y doy permiso para que mi hijo(a) lleve su(s) propio(s) medicamento(s) de acuerdo a lo siguiente:

- | | |
|--|---------------------------------|
| ➤ Medicamento: _____ | ➤ Horario: _____ |
| ➤ Dosis: (cuánto) _____ | ➤ _____ De venta libre |
| ➤ Frecuencia: (cuán a menudo) _____ | ➤ _____ De venta bajo receta |
| ➤ Vía de administración: (encerrar una en un círculo) Vía: Oral, Inhalación, Tópico, Nasal, Rectal, Óptico, Otic | ➤ Motivo del medicamento: _____ |

_____ Fecha _____
(Firma del padre/madre/tutor)

Acepto cumplir con el criterio anterior.

_____ Fecha _____
(Firma del estudiante)

_____ (imprimir el nombre y fecha de nacimiento)

_____ (nombre de la enfermera q. aprueba)