



Formulario de Autoadministración/Posesión Propia de Autorización de Administración de Medicamentos

La ley del estado de Michigan requiere que los estudiantes que se auto administren medicamentos deben tener órdenes escritas del médico/prescriptor autorizado y autorización escrita del padre/guardián. "Autoadministración" significa que el estudiante puede administrarse el medicamento de la manera indicada por el médico sin dirección o supervisión adicional por parte del personal de la escuela. "Propio possession" significa que bajo la dirección del médico, el estudiante puede llevar medicamentos consigo para permitir una administración inmediata y autodeterminada.

- Los medicamentos deben ser recetados por escrito por un médico u otro prescriptor autorizado y deben renovarse al menos una vez al año.
- Todos los medicamentos deben traerse a la escuela en la farmacia original o en el envase de venta libre etiquetado con el nombre del estudiante, medicamento, dosis, ruta y horario(s) que se darán.
- Los medicamentos y equipos/suministros relacionados, según lo ordenado, deben ser proporcionados a la escuela por el padre/guardián según sea necesario.
- Cualquier uso indebido de medicamentos por parte de un estudiante que viole las políticas escolares, incluido compartir medicamentos por cualquier motivo, resultará en la revocación de la autoadministración, privilegios de posesión y puede resultar en una remisión a funcionarios encargados de hacer cumplir la ley.

NOMBRE DEL ESTUDIANTE: _____ **FECHA DE NACIMIENTO** _____

ESCUELA _____ **MAESTRA** _____ **GRADO:** _____

DEBE SER COMPLETADO POR UN MÉDICO O RECETADOR LICENCIADO:

Medication Name Nombre del Medicamento	Dosage / Dosis	Route / Ruta	Frequency / Frecuencia

Form of Medication:: Tablet/capsule Liquid Inhaler Injection Other _____

El estudiante es capaz y está autorizado a: autoadministrarse el medicamento anterior poseer por sí mismo el medicamento

Special Instructions/storage requirements: _____

Signs/symptoms for which medication is being prescribed: _____

Restrictions and/or side effects: _____

Order start date: _____ Order end date: _____

Note:

To participate in the Medicaid School Services Program, a valid prescription MUST be signed and dated by a physician/licensed prescriber and include the prescriber's name, address, telephone number, and NPI number. Stamped signatures are not valid for school-based services.

Provider Signature: _____ Printed Name: _____

Date: _____ Phone: _____ Fax: _____ NPI #: _____

Address: _____

PARA SER COMPLETADO POR EL PADRE / GUARDIÁN:

Por la presente autorizo al personal escolar capacitado a administrar al niño el medicamento identificado, ordenado por el médico autorizado. Autorizo a la enfermera de la escuela a comunicarse con el proveedor médico prometido por HIPAA. No responsabilizará al Equipo de Educación ni a su personal por complicaciones relacionadas con el medicamento. El estudiante es capaz y está autorizado a:

autoadministrarse el medicamento anterior poseer por sí mismo el medicamento anterior

Firma: _____ Fecha de firma: _____

PARA SER COMPLETADO POR EL ESTUDIANTE:

Tengo conocimiento sobre la dosis, efectos deseados, efectos secundarios, administración, etc. de la medicación. Entiendo que si no cumplo con este acuerdo, el medicamento será confiscado y devuelto a mi padre/tutor, y se le niegan los privilegios de autoadministración/autoposesión.

Firma: _____ Fecha de firma: _____