

Escuela _____ Grado _____ Año escolar _____ Fecha de nacim. _____	 Departamento de Educación del Condado de Orange CONTRATO DE AUTO ADMINISTRACIÓN DE MEDICAMENTOS PARA <hr/> <i>Nombre del estudiante</i>	Fechas de autorización Médico _____ Padre/madre _____ Nombre del supervisor S.N. _____
--	--	--

Este contrato de medicamento ha sido diseñado para garantizar la seguridad y el bienestar de los estudiantes. Las personas que se indican a continuación asumirán las responsabilidades designadas en un acuerdo que le permita a este estudiante:

Auto administrarse _____ a las _____
 (nombre del medicamento) (especificar la hora - o - cuando lo necesite)

Los padres van a...	<p>Proporcionar la autorización de los padres y del médico por escrito - y- Monitorear/Verificar que el estudiante se tome el medicamento, según lo prescrito, sabiendo que el personal de la escuela no puede monitorear la auto administración.</p> <p>Proporcionarle a la Oficina de Salud medicamentos adicionales en caso de emergencia.</p> <p>Informarle a la enfermera escolar sobre algún cambio en el régimen de tratamiento médico dentro de 24 horas.</p> <p>Comunicarse con la enfermera escolar en mayo para hablar sobre los planes para el próximo año escolar.</p> <p>Autorizar la comunicación telefónica entre la enfermera escolar y el médico, conforme sea necesario.</p>
El estudiante va a...	<p>Demostrarle/Explicarle a la enfermera escolar el uso correcto del medicamento, incluyendo la frecuencia con la que hay que tomarlo.</p> <p>Guardar el medicamento de forma segura junto con una copia de este contrato en _____</p> <p>Tomarse el medicamento independiente y discretamente - y - Mantener a los padres informados.</p> <p>Notificarle a la Oficina de Salud inmediatamente si ha perdido o le han robado el medicamento.</p> <p>Abstenerse de compartir el medicamento con otros estudiantes (estará sujeto a medidas disciplinarias).</p> <p>Otro: _____</p>
La enfermera escolar va a...	<p>Desarrollar el contrato para el medicamento autorizado y cualquier Plan de Salud y Apoyo Individualizado (IHSP) relacionado - y - Conservar la autorización de los padres y del médico por escrito en los archivos.</p> <p>Informar al personal escolar apropiado (tales como la secretaria de salud, el personal de la oficina, maestros, supervisores del medio día, choferes del autobús, etc.)</p> <p>Monitorear la implementación del contrato regularmente.</p>
La secretaria de salud/el personal de la oficina va a...	<p>Estar al tanto del contrato de medicamento del estudiante.</p> <p>Notificarle tanto a la enfermera escolar como a los padres en caso de una situación fuera de lo normal.</p>
Otros "miembros del personal que necesitan estar informados" van a...	<p>Estar al tanto del contrato de medicamento del estudiante.</p> <p>(Para los maestros del salón) Dejar la información disponible para los maestros suplentes.</p> <p>Reportar situaciones fuera de lo normal a la Oficina de Salud inmediatamente.</p>

VERIFICACIÓN DEL CONTRATO DE MEDICAMENTO

La fecha para la revisión de la continuidad de este contrato será: _____
Este contrato es válido por un máximo de un año y debe ir acompañado por una copia completada de la "SOLICITUD DE MEDICAMENTO DE LOS PADRES/TUTORES Y PROVEEDOR MÉDICO AUTORIZADO"

A los "miembros del personal que necesitan estar informados" se les notificará del contrato de medicamento por medio de la enfermera escolar a partir del _____
 Fecha Firma de la enfermera escolar Fecha

Si se produce un incumplimiento o un cambio de condición, el estudiante, los padres o la enfermera escolar pueden pedir una revisión inmediata. Hemos leído y estamos de acuerdo con el contenido de este contrato de medicamento:

 Firma del estudiante Fecha Firma de los padres Fecha

