



Distrito Escolar Independiente Cypress-Fairbanks

Permiso para transporte y administración de medicamentos por el estudiante

Nombre del estudiante: _____ # de ID: _____ Grado: _____

Con el permiso del padre o tutor legal, una declaración de la capacidad del estudiante para transportar y administrar su propio medicamento del proveedor médico que lo haya recetado y una evaluación de la enfermera de la escuela, los estudiantes del CFISD podrán transportar y administrarse sus propios medicamentos de emergencia. El medicamento deberá ser transportado en el **envase original** y el estudiante deberá llevar solo una **dosis diaria del medicamento**. El estudiante será responsable de mantener siempre su medicamento en un lugar apropiado y accesible. El transporte y el uso de medicamentos que no se hayan dado a conocer, podrían dar lugar a medidas disciplinarias de acuerdo con el Código de Conducta del estudiante.

Yo, _____ [*nombre completo del padre o tutor legal*], doy permiso a mi hijo(a) para transportar y administrarse su(s) propio(s) medicamento(s) listado(s) a continuación cuando esté en la escuela. Mi hijo(a) ha demostrado comprensión del uso adecuado de su(s) medicamento(s) y entiende que los medicamentos listados a continuación no deberán compartirse con otros ni administrarse de forma diferente a la indicada por el médico que se lo ha recetado o por el fabricante. Entiendo además que el uso incorrecto de los medicamentos podría tener como resultado medidas disciplinarias para mi hijo(a) de acuerdo con el Código de Conducta del estudiante.

Firma del padre o tutor legal: _____ Fecha: ____/____/20____

Yo, _____ [*nombre completo del estudiante*], entiendo el uso adecuado de un medicamento y que el/los medicamento(s) listado(s) a continuación es/son solo para uso personal durante el día escolar. Yo seré responsable de mi(s) medicamento(s), lo(s) tomaré siguiendo las instrucciones del médico que me lo(s) recetó o del fabricante, lo(s) guardaré en un lugar seguro con mis pertenencias y no lo(s) compartiré con nadie bajo ninguna circunstancia. Tras la aprobación de la enfermera de la escuela, mis medicamentos serán etiquetados como corresponda. En caso de que yo reciba un nuevo suministro, deberé traer el medicamento a la enfermera de la escuela para actualizar la etiqueta. Entiendo también que el uso incorrecto o el compartir medicamentos podría tener como resultado medidas disciplinarias de acuerdo con el Código de Conducta del estudiante. Si tuviera que administrarme un medicamento de emergencia en la escuela, en cualquiera de las escuelas del CFISD, buscaré la ayuda de la enfermera o de otro adulto responsable.

Firma del estudiante: _____ Fecha: ____/____/20____

Medicamento 1: _____ Dosis: _____ Vía: _____

Razón para usarlo: _____ Fecha de vencimiento: ____/____/20____

Medicamento 2: _____ Dosis: _____ Vía: _____

Razón para usarlo: _____ Fecha de vencimiento: ____/____/20____

Medicamento 3: _____ Dosis: _____ Vía: _____

Razón para usarlo: _____ Fecha de vencimiento: ____/____/20____

For school nurse use only

I certify that the student named above:

Knows the name and purpose of the medication(s) he/she will self-transport	Yes / No
Knows the prescribed medication dose	Yes / No
Articulates the appropriate time and circumstance under which the medication(s) should be administered	Yes / No
Demonstrates the correct administration of the medication(s) listed above	Yes / No
Understands the period for which the medication(s) is/are prescribed	Yes / No

School Nurse Signature: _____ Date: ____/____/20____