

**AUTORIZACIÓN PARA LA AUTOADMINISTRACIÓN Y/O LA TENENCIA DE MEDICAMENTOS CON RECETA MÉDICA**

**Padre/tutor:** SE PRECISA LA SIGUIENTE INFORMACIÓN PARA QUE UN ESTUDIANTE SE AUTOADMINISTRE Y/O LLEVE CONSIGO MEDICACIÓN DENTRO DE LA ESCUELA. **DEBEN COMPLETARSE TODOS LOS ESPACIOS.**

_____		_____	
Nombre del estudiante		Dirección	
_____		_____	
Escuela	Grado	Fecha de nacimiento	

A. Únicamente un estudiante con una enfermedad o afección de salud crónica puede tener y autoadministrarse y/o llevar consigo medicación para esta en el horario escolar. El medicamento debe dejarse en el envase identificado con la receta que emitió la farmacia. No puede haber ninguna otra sustancia en el envase que no sea la medicación recetada. Deben cumplirse las siguientes condiciones:

- 1. El padre el estudiante debe solicitar autorización para que el estudiante lleve consigo y se autoadministre el medicamento.**  
Por la presente solicito que mi hijo se autoadministre la siguiente medicación recetada. Entiendo que puedo retirar mi consentimiento en cualquier momento si presento un pedido por escrito al director de la escuela. Además, entiendo que este consentimiento es válido exclusivamente para el año lectivo vigente. Avisaré inmediatamente a la escuela si hay un cambio en el uso de la medicación.

Durante el horario escolar, este estudiante tiene permiso para: (el prestador médico elige una opción)

- Llevar consigo medicación para que sea administrada únicamente por personal capacitado.
- Llevar consigo medicación y autoadministrársela con supervisión.
- Llevar consigo medicación y autoadministrársela

X \_\_\_\_\_  
Iniciales del médico  
o de la enfermera  
profesional

X _____	_____
Firma del padre	Fecha

_____	_____
Número de teléfono de la casa	Número de teléfono del trabajo

- 2. Un prestador de salud manifiesta por escrito que el estudiante sufre de una enfermedad o afección médica aguda o crónica para la que toma medicación recetada. Por la naturaleza de la enfermedad o afección de salud se precisa que se administre la medicación con carácter de emergencia:**

Yo, \_\_\_\_\_, declaro que el estudiante de referencia tiene una enfermedad o afección de (Nombre del médico o de la enfermera profesional) salud crónica, por lo que precisa que se administre la siguiente medicación con carácter de emergencia.

Medicamento recetado: \_\_\_\_\_

Dosis/Frecuencia/Número de receta: \_\_\_\_\_

Indicaciones para administrarlo/efectos secundarios: \_\_\_\_\_

Fecha de inicio para administrar el medicamento: \_\_\_\_\_ Fecha de finalización: \_\_\_\_\_

- 3. Un prestador de salud manifiesta por escrito que se le indicó al estudiante cómo debe autoadministrarse la medicación.**

Yo, \_\_\_\_\_, declaro que se le indicó al estudiante de referencia cómo debe (Nombre del médico o de la enfermera profesional) autoadministrarse la siguiente medicación.

Médico/enfermera profesional: X \_\_\_\_\_  
(Firma del médico o de la enfermera profesional)

Médico/enfermera profesional: X \_\_\_\_\_  
(Nombre en imprenta del médico o de la enfermera profesional)

**EL PERMISO ES VÁLIDO EXCLUSIVAMENTE PARA EL AÑO LECTIVO VIGENTE Y PARA EL ESTUDIANTE QUE FIGURA EN EL FORMULARIO. LOS ESTUDIANTES NO PUEDEN COMPARTIR SU MEDICACIÓN CON OTROS ALUMNOS. SE TOMARÁN ACCIONES DISCIPLINARIAS ANTE SU INCUMPLIMIENTO.**