

AUTOADMINISTRACIÓN DE MEDICAMENTOS Y MONITOREO DE LA DIABETIS
Bethlehem Area School District
Autoadministración / Monitoreo para la Diabetes

Nombre del Estudiante

Grado

El estudiante mencionado ha recibido instrucción y educación sobre el manejo de la diabetes y el monitoreo de los azúcares en sangre y el uso de todo el equipo necesario para la autogestión y monitoreo, incluyendo la eliminación segura y apropiada de todos los materiales utilizados.

Yo creo que _____ es competente para administrarse los medicamentos y/ó equipo de monitoreo y practicar las medidas de precaución adecuadas para la manipulación y eliminación de los medicamentos y equipo de monitoreo.

Proveedor de salud Médica

Fecha

Padre

Fecha

Yo acepto ser el único responsable de la medicación y/ó materiales y seguir las instrucciones para su uso según ordenado por mi médico, al igual como la póliza de medicamentos del distrito. Estoy de acuerdo en que no voy a dar acceso del medicamento y/ó materiales a cualquier otro estudiante por cualquier razón. Estoy consciente de que cualquier abuso de este privilegio puede resultar en la confiscación del medicamento y/ó materiales y puede resultar en la pérdida del privilegio de la autoadministración de la misma.

Fecha

Firma del Estudiante

Certifico que el estudiante mencionado anteriormente demostró con éxito la competencia de la autoadministración y las precauciones de seguridad apropiadas..

Revisado por _____

La enfermera certificada de la escuela

Fecha