

School Year: _____ School _____ Fax _____

Student Name: _____ DOB: _____

Grade: _____ Wt.: _____

List All Allergies: _____ Asthma: Yes No

*This form **must be renewed annually**, and when there are any changes in treatment or medication during the school year.*

Physician Authorization — Complete Medication List Below Mark All That Apply

1 Epinephrine Auto-Injector given by Injection:

- Epipen JR/Auvi Q/Generic Epinephrine **0.15 mg** Epipen/Auvi Q/Generic Epinephrine **0.30 mg**
- Give for known allergen exposure even if no symptoms Give for likely allergen exposure for any symptoms
- A second dose of epinephrine may be given 5-10 minutes after the first dose, if symptoms persist or recur.

Student to **carry medication and self-administer**. The health care provider has confirmed that the student is capable of appropriate self-administration of the above medication (Epinephrine Auto Injector).

For **severe** allergic reaction symptoms, including shortness of breath, wheezing, repetitive cough, paleness, bluish cast, faintness, weak pulse, dizziness, tightness in throat, hoarseness, trouble breathing/swallowing, significant swelling of the tongue and/or lips, multiple hives over body, widespread redness, repetitive vomiting or severe diarrhea, or a combination of mild or severe symptoms, give:

- Epinephrine Antihistamine Inhaler

For **mild** allergic reaction symptoms, including itchy/runny nose, sneezing, itchy mouth, few hives, mild itching, and mild nausea/discomfort, give:

- Antihistamine Inhaler

2 Other Medications:

**Antihistamine given by Mouth for allergy symptoms*

Benadryl (Diphenhydramine) 12.5 mg = 5 ml 25 mg = 10 ml 37.5 mg = 15 ml 50 mg = 20 ml

Repeat dose every ___ hours

**Inhaler inhaled by Mouth for wheezing*

Albuterol Levalbuterol Other: _____ Dose: 2 puffs or 4 puffs

Repeat dose every ___ hours Use with spacer

Student to **carry medication and self-administer**. The health care provider has confirmed that the student is capable of appropriate self-administration of the above medication (Inhaler).

My signature below provides authorization for the above orders. All procedures will be implemented in accordance with states laws and regulations. Specialized physical health care services may be performed by unlicensed designated school personnel under the training and supervision provided by the credentialed school nurse.

Physician Name & Signature

Date

Phone

Fax

Clinic Stamp

Autorización del Padre/Tutor



Health Services
25 Churchill Avenue
Palo Alto, CA 94306
Tel. 650-833-4240 | Fax 650-833-4226

Solicito que mi hijo tenga permitido tomar medicamento en la escuela según las indicaciones del proveedor de cuidado de salud arriba. Autorizo que el personal escolar ayude con este medicamento para mi hijo como fue indicado por el proveedor de cuidado de salud arriba. Entiendo que personal no-médico, capacitado puede ayudar con, o administrar, el medicamento (Código Ed 49423 y 49480).

Autorizo la comunicación e intercambio de información entre el Distrito Escolar Unificado de Palo Alto (PAUSD, por sus siglas en inglés), el proveedor de cuidado de salud nombrado arriba y la farmacia incluida en el medicamento recetado arriba en relación a la declaración escrita del proveedor de cuidado de salud o cualquier otra pregunta sobre el medicamento o la administración del mismo.

Entiendo y acepto las siguientes responsabilidades en relación a la administración del medicamento:

1. Este formulario debe ser renovado siempre que cambie la receta del alumno y al comienzo de cada ciclo escolar.
2. El medicamento recetado debe estar en un frasco etiquetado por el farmacéutico o proveedor del cuidado de la salud y no debe estar caducado.
3. El medicamento de venta libre debe estar en el frasco original con la etiqueta intacta.
4. Un adulto debe traer el medicamento a la enfermería y recoger cualquier medicamento caducado o sin usar.
5. Si el alumno mantendrá y se auto administrará el auto inyector de epinefrina, los Padres/Tutores proporcionarán a la enfermería un auto inyector de repuesto para tener en caso que el alumno olvide o no pueda acceder al suyo.
6. El corte de pastillas debe ser realizado por el padre/tutor previo a proporcionar el medicamento a los funcionarios escolares.
7. Los padres/tutores proporcionan todo el material o equipo necesario (p.ej., cuchara medidora) para la administración del medicamento.
8. Los alumnos no pueden llevar y auto administrarse medicamento a menos que el alumno, el padre y el proveedor del cuidado de salud lo autoricen.
9. Los padres notificarán a la escuela y proporcionarán una nueva autorización para cualquier cambio a la autorización arriba.
10. Cualquier cambio o modificación a las autorizaciones arriba únicamente podrán hacerse luego de recibir una notificación por escrito por parte del proveedor del cuidado de la salud.
11. Entiendo que se llamará a 911 en caso de una reacción alérgica severa.

Firma del Padre/Tutor

Fecha

Teléfono

Autorización del Alumno/Padre para Llevar y Auto administrar Medicamento

Autorización del Padre/Tutor

Doy permiso para que mi hijo lleve y se auto administre el medicamento nombrado arriba según el procedimiento del cuidado de la salud (HCP, por sus siglas en inglés), el cual también he firmado. Acepto que mi hijo ha sido capacitado y es competente para llevar y auto administrarse este medicamento. Deslindo al distrito escolar y al personal escolar de responsabilidad civil si mi hijo padece una reacción adversa como resultado de su auto administración del auto inyector de epinefrina y/o el inhalador. Entiendo que este permiso para llevar y auto administrarse medicamento puede ser revocado por el distrito escolar si mi hijo no sigue las Precauciones Universales, si mi hijo es observando usando el medicamento o los artículos de medicamento incorrectamente o si el que el alumno lleve/se administre este medicamento en el plantel presenta un riesgo para los alumnos, el personal o los visitantes al plantel escolar.

Firma del Padre/Tutor

Fecha

Teléfono

Autorización del Alumno

Yo, _____, seré responsable de llevar, administrar y mantener mi medicamento seguro en todo momento. Conozco las señales y los síntomas de una reacción alérgica y puedo usar mi medicamento según las indicaciones. Acepto auto administrar mi medicamento y/o administrar el equipo médico tal y como fue indicado por mi proveedor del cuidado de la salud. Entiendo que el medicamento recetado debe estar en un frasco etiquetado por el farmacéutico o el proveedor del cuidado de la salud. Entiendo que el medicamento de libre venta debe estar en el frasco original con la etiqueta intacta. Entiendo que este medicamento/equipo es únicamente para mi uso personal y debe estar en mi poder. No mostraré a, ni compartiré mi medicamento con otros alumnos. Si mi medicamento se extravía, lo reportaré inmediatamente a las personas a cargo. Entiendo que soy responsable de mantener mi medicamento abastecido y de notificar al personal escolar en caso que se agote el medicamento o los suministros.

Firma del Alumno

Fecha



Health Services
25 Churchill Avenue
Palo Alto, CA 94306
Tel. 650-833-4240 | Fax 650-833-4226