



**DISTRITO ESCOLAR DE SUMMIT
CONTRATO PARA PORTAR Y AUTOAPLICAR EPI-PEN**

Nombre del Estudiante _____ Fecha de Nacimiento _____

Escuela _____ Grado _____ Año Escolar _____

Alergias/Reacciones _____

*El presente contrato tendrá vigencia por el año escolar en curso a menos que sea revocado por un médico o que el estudiante incumpla con las condiciones de seguridad.

*Estoy de acuerdo en que mi hijo (a) porte su medicamento conforme a la prescripción, y en que el dispositivo está debidamente cargado así como con fecha de vigencia actualizada.

*El medicamento de mi hijo (a) se encontrará todos los días en el mismo lugar de su mochila (bolsillo frontal).

*Discutiré las siguientes normas de seguridad con mi hijo(a):

- No sacaré mi medicamento de la mochila .
- No le ofreceré mi medicamento a otros estudiantes.
- Informaré de inmediato a mi maestro o a la clínica si se extraviase mi mochila, o si la caída de un objeto pesado sobre el mismo pudiese haber causado la ruptura de mi epi-pen.

Firma del Padre _____ Fecha _____

Firma del Estudiante _____ Fecha _____