

**PERMISSION TO CARRY PRESCRIPTION EPIPEN  
PERMISO LLEVAR EL EPIPEN**

The following are guidelines for students who use prescription EpiPens for the treatment of allergic reactions:

- EpiPens will be kept in the locked first aid cabinet located in each school's office area, and a written record will be kept each time one is administered. A prescription medication form signed by the parent and doctor must be on file in the school office
- An EpiPen may only be carried by a student when the physician indicated the need to do so and a permission form to that effect is on file in the school office. These students should be cautioned by their doctors and parents that EpiPens are a prescribed medication for their use only and should not be touched by others.
- Every EpiPen, whether kept in the school cabinet or carried, must have the student's name on it.

*Las siguientes son las guías para estudiantes que usan EpiPens recetadas para el tratamiento de reacciones alérgicas:*

- *Los Inhaladores estarán guardados en gabinetes cerradas de primeros auxilios en la oficina de cada escuela, y un registro escrito usado cada vez administrado. Tienen que tener en el archivo un formulario de medicina recetada firmado por el padre y el doctor en la oficina.*
- *El estudiante puede llevar el EpiPen en su persona sólo si el doctor indica que es necesario y si tenemos en la oficina un formulario de consentimiento con esto dicho en la oficina. Los doctores y padres deben dar advertencias a estos estudiantes que los inhaladores son una medicina recetada para solo su uso y no para compartir con otros.*
- *Cada inhalador, en el gabinete o llevado, tiene que llevar el nombre del estudiante.*

---

Student Name/*Nombre del estudiante*: \_\_\_\_\_

Date of Birth/*Fecha de nacimiento*: \_\_\_\_\_

Reason medication is being prescribed/*Para que es la medicina*: \_\_\_\_\_

Possible side effects/*Efectos secundarios*: \_\_\_\_\_

Date/*Fecha*: \_\_\_\_\_ Physician's Signature/*Firma del doctor*: \_\_\_\_\_

Physician's Address/*Dirección del doctor*: \_\_\_\_\_

Telephone No/*Numero de telefono del doctor*: \_\_\_\_\_

---

**PARENT AUTHORIZATION/AUTORIZACIÓN DEL PADRE:**

I give permission for my son/daughter to carry his/her prescription EpiPen at all times during the school day as directed by the above physician.

*Doy permiso para que mi hijo/a pueda llevar su EpiPen recetada a todas horas durante el día escolar por el doctor.*

Date/*Fecha*: \_\_\_\_\_

Parent/Guardian Signature/*Firma del padre/tutor legal*: \_\_\_\_\_