



**West Aurora School District #129**  
**Self-Administration of Asthma Medication Authorization Form**

Student's Name: \_\_\_\_\_ Student ID: \_\_\_\_\_

School: \_\_\_\_\_ Birthdate: \_\_\_\_\_ Grade: \_\_\_\_\_

I state that my child has been diagnosed with Asthma and has been prescribed Asthma medication by a qualified health care professional. I hereby authorize my child to carry the following medication and to self-administer it, as prescribed by their physician. My child understands the need for the medication and the necessity of reporting to school personnel any unusual side effects. I will notify the school of changes in the medication or changes in my child's condition. I will provide the school with a copy of my child's prescription, which includes the information listed below. I understand that this authorization for the self-administration of Asthma medication is effective for this school year and will need to be renewed on an annual basis.

I further acknowledge and agree that when the lawfully prescribed medication is so administered, or attempted to be administered, I waive any claims I might have against West Aurora School District, its employees and agents, either jointly or severally, against any and all claims, damages, causes of action or injuries, including reasonable attorney's fees and costs expended in defense thereof, incurred or resulting from the administration, or attempt at administration, of said medication.

Parent/Guardian Signature: \_\_\_\_\_ Date: \_\_\_\_\_

**Asthma Medication for School Use**

Name of medication: \_\_\_\_\_

Dosage: \_\_\_\_\_

Frequency: \_\_\_\_\_

Side Effects: \_\_\_\_\_

Date or Prescription: \_\_\_\_\_ Discontinuation Date: \_\_\_\_\_

Other medications the child is receiving: \_\_\_\_\_

Physician's Name: \_\_\_\_\_ Physician's Telephone Number: \_\_\_\_\_

Any questions associated with the information requested can be directed to the school's nurse.  
[LINK: District 129 School Nurses](#)

**Distrito Escolar West Aurora #129**

**Formulario de Autorización de Autoadministración de Medicamentos para el Asma**

Nombre del estudiante: \_\_\_\_\_ ID del estudiante: \_\_\_\_\_

Escuela: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_ Grado: \_\_\_\_\_

Declaro que mi hijo ha sido diagnosticado con asma y un médico calificado le ha recetado medicamentos para el asma. Por la presente autorizo a mi hijo a llevar el siguiente medicamento y administrarse, según lo prescrito por su médico. Mi hijo comprende la necesidad del medicamento y la necesidad de informar al personal de la escuela sobre cualquier efecto secundario inusual. Notificaré a la escuela de cambios en el medicamento o cambios en la condición de mi hijo. Le proporcionaré a la escuela una copia de la receta de mi hijo, que incluye la información que se detalla a continuación. Entiendo que esta autorización para la autoadministración de medicamentos para el asma es efectiva para este año escolar y deberá renovarse anualmente.

Además, reconozco y acepto que cuando el medicamento recetado legalmente se administre o se intente administrar, renuncio a cualquier reclamo que pueda tener contra el Distrito Escolar de West Aurora, sus empleados y agente, ya sea en forma conjunta o individual, contra cualquier reclamo, daños, causas de acción o lesiones, incluidos los honorarios razonables de abogados y costos gastados en defensa de los mismos, incurrido o resultante de la administración, o intento de administración, de dicho medicamento.

Firma del padre/tutor: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

**Medicamentos para el asma para el uso escolar**

Nombre de medicamento: \_\_\_\_\_

Dosis: \_\_\_\_\_

Frecuencia: \_\_\_\_\_

Efectos secundarios: \_\_\_\_\_

Fecha o receta: \_\_\_\_\_ Fecha de interrupción: \_\_\_\_\_

Otros medicamentos que su hijo esta recibiendo: \_\_\_\_\_

Nombre del médico: \_\_\_\_\_ Número telefónico del médico: \_\_\_\_\_

**Cualquier pregunta relacionada con la información solicitada puede dirigirse a la enfermera de la escuela.**

**[ENLACE: Enfermeras del Distrito Escolar 129](#)**