

Self-Carry Epi-Pen Plan for Students

Date of plan: _____

This plan is valid for the current school year: _____ - _____

Student

- I plan to keep my Epi-pen with me at school rather than in the school health office.
 - I agree to use my Epi-pen in a responsible manner, in accordance with my physician's orders.
 - I will notify the school health office immediately if my Epi-pen has been used.
 - I will not allow any other person to use my Epi-pen.
-

Parent/guardian

- I agree to see that my child carries his/her medication as prescribed, that the device contains medication, and that the medication has not expired.
 - It has been recommended to me that a back-up Epi-pen be provided to the Health Office for emergencies.
 - I will review the status of the student's allergy with the student on a regular basis as agreed in the health care plan.
 - I will provide the school a signed medication authorization for this medication.
-

District Registered Nurse

- The above student has demonstrated correct technique for Epi-pen use, an understanding of the physician order for emergency use of the Epi-pen.
 - School staff that have the need to know about the student's condition and the need to carry medication have been notified.
 - I will review the medication authorization provided by the parent and signed by the parent and health care provider.
-

Signatures

This plan for students carrying Epi-Pens with them while at school has been approved by:

Student Date

Student's Parent/Guardian Date

District Registered Nurse/Other Qualified Health Care Personnel Date

Contrato para estudiantes que lleven Epi-Pen con ellos mientras están en la escuela

Fecha: _____

Este plan es válido para el año escolar actual: _____ - _____

Estudiante

- Planeo llevar conmigo en la escuela mi Epi-pen en lugar de que esté en la oficina de salud de la escuela.
- Acepto usar mi Epi-pen de manera responsable, de acuerdo con las órdenes de mi médico.
- Notificaré a la oficina de salud de la escuela si tengo más dificultades de lo habitual con mi alergia.
- No permitiré que ninguna otra persona use mi Epi-pen.

Padre/guardián

- Estoy de acuerdo en que mi hijo/hija lleve su medicamento según lo recetado, que el dispositivo contenga ese medicamento y que la fecha esté actualizada.
- Se me recomendó que se proporcione un inhalador de rescate Epi-pen de respaldo a la Oficina de Salud para emergencias.
- Revisaré el estado de la alergia de mi hijo/hija de forma regular según lo acordado en el plan de atención médica.
- Proporcionaré a la escuela una autorización de medicamento firmada por el proveedor de atención médica para este medicamento.

Enfermera Registrada del Distrito

- El estudiante mencionado anteriormente ha demostrado la técnica correcta para el uso Epi-pen y una comprensión de la orden del médico sobre el uso en casos de emergencia.
- Se ha notificado al personal de la escuela que el estudiante tiene la necesidad de informar sobre su condición y la necesidad de llevar medicamentos.
- Se revisará la autorización de medicamentos proporcionada por los padres y firmada por el proveedor de atención médica.

Firmas

Este plan es para que los estudiantes puedan llevar Epi-pen con ellos mientras están en la escuela y ha sido aprobado por:

Estudiante

Fecha

Padre/Guardián del Estudiante

Fecha

Enfermera del Distrito/Otro Personal de Atención Médica Calificado

Fecha