Zion Elementary District 6

PARENT AUTHORIZATION FOR THE SELF ADMINISTRATION OF MEDICATION

Rescue Inhalers and Epi Pens Only (Epi Pen users must complete School Medication Authorization Form)

Sólo para Inhaladores de Rescate y Lápices Epi (Los usuarios del Lápiz Epi deben completar la forma de Autorización de Medicamentos de la Escuela)

(AUTORIZACION DE LOS PADRES PARA LA AUTOADMINISTRACION DE MEDICINA)

ONLY ONE MEDICATION PER SHEET – SOLO UN MEDICAMENTO POR CADA HOJA

Student Name *(Nombre del Estudiante)* _____ Birth Date *(Fecha de Nacimiento)*_____

Address *(Dirección)*_____ _____ Home Phone *(Teléfono de Casa)*_____

Emergency phone *(Teléfono de Emergencias)*_____ ___ School *(Escuela)*_____

Grade *(Grado)*_____ Teacher/Room *(Maestro/Salón de Clases)*_____

I give permission for my child to carry the medication described below. I will notify the school of changes in medication for my child's condition.

Doy permiso para que mi hijo(a) lleve el medicamento que se describe a continuación. Notificaré a la escuela de cambios en la medicina para la condición de mi niño(a).

Name of medication *(Nombre del medicamento)*_____ Dosage *(Dosis)*_____

Frequency *(Frecuencia)*_____

I indemnify and hold harmless the school district and its employees and agents against any claims, except, a claim based on willful and wanton conduct, arising out of the self-administration of medication by the student.

Indemnizo al distrito escolar y a sus empleados y agentes contra cualquier demanda, excepto, una reclamación basada en la conducta deliberada y sin sentido, derivadas de la autoadministración de la medicina por el estudiante.

Parent/Guardian *(Padre/Tutor)*_____ Date *(Fecha)* _____

The student must complete this section/*El estudiante debe completar esta sección:*

I agree to/*Estoy de acuerdo con:*

- Demonstrate correct use of the inhaler or epinephrine auto-injector using a trainer/demonstrator to the registered nurse or school representative at school.
- *Demostrar el uso correcto del inhalador o epinephrine auto-inyector utilizando un entrenador/demostrador a la enfermera o el representante de la escuela en la escuela.*
- Never share the inhaler or epinephrine auto-injector with another person.
- *Nunca compartir el inhalador o epinephrine auto-inyector con otra persona.*
- Notify a teacher or other responsible adult if there is not marked improvement in my breathing within several minutes after two puffs of the inhaler.
- *Notificar a un maestro u otro adulto responsable si no hay mejora en mi respiración dentro de varios minutos después de dos soplos del inhalador.*
- Immediately notify a teacher or another responsible adult if I use my epinephrine auto-injector.
- *Inmediatamente notificar a un maestro o a otro adulto responsable si utilizo mi auto-inyector de epinephrine.*

Student Signature *(Firma del Estudiante):* _____ Date *(Fecha):* _____

Zion Elementary District 6

SCHOOL MEDICATION AUTHORIZATION FORM-

FORMA DE AUTORIZACIÓN DE MEDICAMENTOS DE LA ESCUELA

Student Name *(Nombre del Estudiante)*_____

Address *(Dirección)*_____

Home Phone *(Teléfono de Casa)*_____

Emergency Phone *(Teléfono de Emergencias)*_____

School *(Escuela)* _____Grade *(Grado)*_____

Teacher/Room (Maestro/Salón de Clases) _____

TO BE COMPLETED BY THE STUDENTS PHYSICIAN *(PARA SER COMPLETADO POR EL MEDICO DEL ESTUDIANTE)*

Medication:_____

Dosage:_____**Frequency**_____

Time medication is to be administered or under what circumstances:_____

Prescription date:_____ **Order date:**_____ **Discontinuation date:**_____

Diagnosis Requiring medication:_____

Intended effect of this medication:_____

Expected side effects, if any:_____

Other medications student is receiving_____

Physicians Printed Name _____

Physicians Signature_____**Date:**_____

Office Address & Phone_____

By signing below, I agree, that I am primarily responsible for administering medication to my child. However, in the event that I am unable to do so or in the event of a medical emergency, I hereby authorize the School District and its employees and agents, in my behalf and stead, administer, while under the supervision of the employees and agents of the School District, lawfully prescribed medication in the manner described above. I acknowledge that it may be necessary for the administration of medications to my child to be performed by an individual other that a school nurse, and specifically consent to such practices.

Al firmar a continuación, estoy de acuerdo, que soy principalmente responsable de administrar medicamentos a mi niño(a). Sin embargo, en caso de que no pueda hacerlo, o en caso de una emergencia médica, autorizo el Distrito Escolar y sus empleados y agentes, en mi nombre y lugar, a administrar, bajo la supervisión de los empleados y agentes del Distrito Escolar, medicamentos legalmente prescritos en la forma descrita arriba. Reconozco que puede ser necesario administrar medicamentos a mi niño(a) ser realizado por un individuo otro que una enfermera de la escuela, y específicamente el consentimiento a tales prácticas.)

Parent/Guardian *(Firma del Padre/Tutor)*_____Date *(Fecha):*_____

1/2011