

CONTRACT FOR STUDENTS CARRYING EPI-PENS WITH THEM WHILE AT SCHOOL

**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.

Student's Signature \_\_\_\_\_ Date \_\_\_\_\_

**PARENT/GUARDIAN**

This contract is in effect for the current school year unless revoked by the physician or the student fails to meet the above safety contingencies.

- 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 treatment plan.

Parent's Signature \_\_\_\_\_ Date \_\_\_\_\_

**SCHOOL 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.

Registered Nurse's Signature \_\_\_\_\_ Date \_\_\_\_\_

**CONTRATO PARA ESTUDIANTES QUE TRAEN INYECCIONES  
DE EPINEFRINA (EPI-PEN) A LA ESCUELA**

**ESTUDIANTE**

- Yo voy a llevar conmigo mi Epi-pen en vez de dejarla en la enfermería.
- Yo estoy de acuerdo en usar mi Epi-pen de una forma responsable, según las instrucciones del médico.
- Yo voy a avisar inmediatamente a la enfermería si he usado mi Epi-pen.
- Yo no voy a permitirle a nadie más usar mi Epi-pen.

Firma del Estudiante \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

**PADRE/TUTOR**

Este contrato es efectivo para el año escolar actual a menos de que sea revocado por el médico o si el estudiante infringe las medidas de seguridad ya mencionadas.

- Yo estoy de acuerdo en revisar que mi estudiante lleve su medicamento recetado, que el aparato contenga medicamento, y que no pase de la fecha de caducidad.
- Me han recomendado dejar una Epi-pen adicional en la enfermería en caso de alguna emergencia.
- Yo revisaré con el estudiante el estatus de su asma con regularidad según el plan de tratamiento.

Firma de Padre/Tutor \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

**ENFERMERA ESCOLAR**

- El estudiante mencionado anteriormente ha demostrado una técnica correcta al usar su Epi-pen, comprende la orden del médico en cuanto al uso de la Epi-pen en caso de una emergencia.
- Ya hemos notificado al personal escolar que necesite saber sobre la condición del estudiante y su necesidad de traer el medicamento.

Firma de Enfermera Registrada \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_