



STUDENT MEDICATION AUTHORIZATION FORM

(This side to be completed by physician or licensed provider)

(Este lado debe ser completado por un médico o proveedor autorizado)

TO: Marquardt School District 15
1860 Glen Ellyn Rd.
Glendale Heights, IL 60139

The following student is presently under my care. I believe that the failure of the student to receive the medication referenced herein, which I have prescribed, during the school day, would jeopardize the student's health and education.

Student's Name: Birthdate: _____

Student's Address: _____ Phone No.: _____

School Attending: _____ Grade: _____

* * *

Name of Medication: _____

Dosage: _____ Time: _____

Purpose of Medication: _____

Reason for Medication: (condition or illness) _____

Possible Side Effects: _____

Additional Information _____

FOR ASTHMA MEDICATION AND/OR EPINEPHRINE AUTO-INJECTOR:

The above named student may carry and self-administer his/her inhaler and/or epinephrine auto-injector. I certify that he/she has been properly instructed on its use.

***Check one* _____ YES _____ NO**

Date: _____

Signature of Physician: _____

Name of Physician: _____

Street Address: _____

City/State/ Zip Code: _____

Office Phone Number: _____

Reviewed 07/20, 08/22



FORMULARIO DE AUTORIZACIÓN DE MEDICACIÓN ESTUDIANTIL
(Este lado debe ser completado por el padre / tutor)

PARA: Distrito Escolar 15 de Marquardt
1860 Glen Ellyn Rd.
Glendale Heights, IL 60139

Yo, siendo el padre o tutor del siguiente estudiante nombrado, solicito que el personal del Distrito Escolar 15 administre los medicamentos recetados ordenados por el médico o el recetador autorizado del estudiante de acuerdo con la carta que acompaña este formulario.

El nombre del estudiante: _____

Dirección del estudiante: _____

Asistido a la escuela: _____

Entiendo que debo llevar el medicamento a la oficina de la escuela en un recipiente farmacéutico etiquetado con el nombre del estudiante, el nombre del medicamento, la dosis y todas las instrucciones pertinentes.

Por la presente libero al Distrito Escolar 15, sus funcionarios, directores, agentes, empleados y cesionarios de toda responsabilidad derivada de la administración de medicamentos al estudiante mencionado anteriormente.

También reconozco que el Distrito Escolar y sus empleados y agentes no incurrirán en responsabilidad, excepto por conducta intencional y sin sentido, como resultado de cualquier lesión que surja de la autoadministración del medicamento por parte del estudiante. Estoy de acuerdo en indemnizar y eximir de responsabilidad al Distrito Escolar y sus empleados y agentes contra todos y cada uno de los reclamos, excepto los reclamos basados en una conducta intencional y sin sentido, que surjan de la autoadministración de medicamentos por parte del estudiante.

PARA MEDICAMENTOS DE ASMA Y / O AUTOINYECTOR DE EPINEFRINA:
Doy permiso para que mi hijo lleve su inhalador y / o autoinyector de epinefrina y sea responsable de su uso, siempre que el médico dé su consentimiento para ello.
Marque uno _____ **Sí** _____ **No**

Fecha: _____

Firma del padre/ guardián: _____

Nombre del padre/ guardián: _____

Dirección: _____

Ciudad, Estado, Código postal: _____

Número de teléfono durante el horario escolar: _____

Número de Teléfono de Emergencia: _____

Reviewed 07/20, 08/22