

# Cristo Rey Jesuit High School

## SELF-ADMINISTRATION OF ALLERGY MEDICINE/EPI PEN PERMISSION FORM

2024-2025 School Year

### Policy Statement for Cristo Rey Jesuit High School

Dear Parent/Guardian,

State Law requires that we inform the parents/guardians of the student, in writing, that the school and its employees and agents are to incur no liability, except in willful and wanton conduct, as a result of any injury arising for the self-administration of allergy medications by the student.

The permission for self-administered allergy medication is effective for the school year for which it is granted and must be renewed each school year. A student with allergies or other medical conditions may possess and use his/her medication while in school, at school-sponsored activities, while under the supervision of school personnel, or before or after regular school activities. We recommend that you provide an additional dose of medication to be kept at school in the event that your child forgets or loses the medication.

I give permission for my child to carry allergy medication/Epi pen as ordered by his/her physician. I will notify the school of changes in medication or my child's condition.

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

Date: \_\_\_\_\_

Name of Student: \_\_\_\_\_

Date of Birth: \_\_\_\_\_

Address: \_\_\_\_\_

Phone: \_\_\_\_\_

### PHYSICIAN'S ORDERS: (to be completed by student's physician)

The above named student has \_\_\_\_\_ I request that the student self-administer the following medication during school hours.

Medication: \_\_\_\_\_

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

Possible side effects: \_\_\_\_\_

I certify that the above named student has been instructed in the use and self-administration of this medication. He/she understands the need for the medication, and the necessity to report to school personnel any unusual side effects. He/she is capable of using the medication independently.

Physician's Printed Name: \_\_\_\_\_

Phone: \_\_\_\_\_

Signature of Physician: \_\_\_\_\_

Date: \_\_\_\_\_

### READ, SIGN BELOW AND RETURN THIS FORM TO THE OFFICE

I, \_\_\_\_\_ Parent/Guardian of \_\_\_\_\_

Acknowledge that Cristo Rey Jesuit High School and its employees and agents are to incur no liability, except in willful and wanton conduct, as a result of any injury arising from the self-administration of asthma medicine by the above mention student. I indemnify and hold harmless Cristo Rey Jesuit High School and its employees and agents against any claims arising out self-administration of asthma medication by the student.

Signed: \_\_\_\_\_

Date: \_\_\_\_\_

# Cristo Rey Jesuit High School

AUTOADMINISTRACIÓN DE FORMULARIO DE AUTORIZACIÓN DE MEDICAMENTOS DE ALERGIA/EPI PEN  
2024-2025 Año Escolar

## Declaración de política para la escuela secundaria Cristo Rey

Estimado padre/guardian,

*La ley del Estado requiere que les informemos a los padres/guardians del estudiante, por escrito, que la escuela y sus empleados y agentes de asumir responsabilidad alguna, excepto en conducta dolosa e irresponsable, como resultado de cualquier perjuicio resultante de la auto-administración de medicamentos para la alergia por parte del estudiante.*

*El permiso de auto-administrada medicación para el asma esta efectivo para el año escolar para el cual se haya concedido y habrá de ser renovado cada año escolar. El estudiante con alergias u otras condiciones médicas pueden poseer y utilizar sus medicamentos mientras que en la escuela, en actividades patrocinadas por la escuela, mientras que bajo la supervisión del personal de la escuela, o antes o después de las actividades escolares. Recomendamos que usted proporciona una dosis adicional de medicamento para mantenerse en la escuela en caso de que su hijo/a se olvida o pierde la medicación.*

*Doy mi consentimiento para que mi hijo/a llevar medicamentos para la alergia, ordenado por su médico.*

Firma de Padre/Guardian: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Nombre del estudiante: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_ Telefono: \_\_\_\_\_

## ÓRDENES DEL MÉDICO: (para ser completado por medico del estudiante)

El estudiante ha mencionado anteriormente; \_\_\_\_\_ Solicito  
que el estudiante auto-administrar los siguientes medicamentos durante el horario escolar

Medicamento: \_\_\_\_\_

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

Posibles efectos secundarios: \_\_\_\_\_

*Certifico que los mencionados estudiantes ha sido instruido en el uso y administración de este medicamento. Él/ella es consciente de la necesidad de la medicación, y la necesidad de informar al personal de la escuela los efectos secundarios inusuales. Él/ella es capaz de usar el medicamento independientemente.*

Nombre del médico: \_\_\_\_\_ Telefono: \_\_\_\_\_

Firma del médico: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

LEER, FIRMAR Y DEVOLVER ESTE FORMULARIO A LA OFICINA

Yo, \_\_\_\_\_ Padre/Guardian de \_\_\_\_\_

*Reconocer que Cristo Rey Escuela Secundaria de los Jesuitas y sus empleados y agentes a asumir responsabilidad alguna, excepto en conducta dolosa e irresponsable, como resultado de los daños derivados de la auto-administración de medicamentos para la alergia por el mencionado estudiante. ME indemnizar y no Cristo Rey Jesuit High School y sus empleados y agentes contra cualesquiera reclamaciones derivadas de la administración de medicación para la alergia por parte del estudiante.*

Firma: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_