

Community High School District #99

North High School
Fax # 630-795-8399
Phone # 630-795-8480

Authorization For The Administration Of Medication In School Authorization For The Self-Administration Of Epinephrine Or Rescue Asthma Medication (Must be completed and signed by prescribing physician and parent/guardian)

STUDENT: _____ DOB: _____ ID # _____

Diagnosis: _____

Medication: _____ Frequency of Dosage: _____

Intended effect: _____

Possible side effect: _____

Special considerations: _____

Doctor's Name _____ Signature: _____

Address: _____ Phone #: _____ Date: _____

Parental Authorization For The Administration Of Medication In School

Community High School District 99 believes that medications should be administered in the home when at all possible. However, if your physician decides it is necessary for your child to receive medication during the school day, a medication authorization with specific directions must be provided to school personnel.

- ***It is important to note that students are prohibited from carrying medications or keeping medications in their locker. Only students authorized to self-administer asthma and/or epinephrine medications pursuant to the regulations on self-administration of asthma and epinephrine medications in school, are permitted to carry those medications on their person.***
- The first dose of medication must be administered at home. Medications should be brought to school in the container appropriately labeled by the pharmacy or physician and clearly stating the student's name, and medication dosage and date of expiration. Over-the-counter medications, (also requiring authorization by a physician), must have the original label by the manufacturer with the student's name clearly marked on the container.

I hereby request and grant permission for Community High School District #99 school personnel to administer or supervise the administration of medication to my daughter/son according to the instructions provided by the prescribing physician. I agree to permit the school personnel to contact the prescribing physician regarding any question(s) on the medication administration or medicating condition. I further agree to indemnify and hold harmless the School District, its Board of Education and the Board's members, officers, employees and volunteers from any claim, liability, loss or expense, including reasonable attorneys' fees, suffered by any of the foregoing indemnities and arising out of a claim related directly or indirectly to the administration of medication to my child at school. I understand that the School District and the foregoing individuals are to incur no liability as a result of any injury arising from the administration of medication, provided, however, this indemnity and hold harmless commitment does not apply to the willful and wanton conduct of the foregoing indemnities.

Authorization For The Self-Administration Of Epinephrine Or Rescue Asthma Medication

Pursuant to the authority granted under Section 105 ILCS 5/22-30 of the Illinois School Code, I hereby authorize my son/daughter to self-administer the prescribed epinephrine or asthma medication at school, school-sponsored activities, while under the supervision of school personnel, and before/after normal school activities such as before/after school care on school operated property. I verify that my health care provider has instructed my child in the proper self-administration of the medication.

I agree to indemnify and hold harmless the School District, its Board of Education and the Board's members, officers, employees and volunteers from any claim, liability, loss or expense, including reasonable attorney's fees, suffered by any of the foregoing indemnities and arising out of a claim related directly or indirectly to my son/daughter's self-administration of the above referenced asthma medication and/or epinephrine of and brought by me, any other parent or guardian of my student or another student, or by or on behalf of my student or another student. We understand that the School District and the foregoing individuals are to incur no liability as a result of any injury arising from the self-administration of medication, provided, however, this indemnity and hold harmless commitment does not apply to the willful and wanton conduct of the foregoing indemnities.

Parent Signature: _____ Date: _____

Community High School District #99

North High School
Fax # 630-795-8399
Phone # 630-795-8480

AUTORIZACIÓN PARA LA ADMINISTRACIÓN DE MEDICAMENTOS EN LA ESCUELA AUTORIZACIÓN PARA LA AUTO-MEDICACIÓN PARA EPINEFRINA O MEDICACIÓN DE RESCATE PARA EL ASMA (Para ser llenado y firmado por un Doctor y Padre o Tutor)

ESTUDIANTE: _____ DOB: _____ ID # _____

Diagnóstico: _____

Medicamento: _____ Frecuencia de Dosificación: _____

Efecto Esperado: _____

Posibles efectos Secundarios: _____

Consideraciones especiales: _____

Nombre de Doctor: _____ Firma de doctor: _____

Domicilio: _____ Telefono: _____ Fecha: _____

AUTORIZACIÓN DE LOS PADRES PARA LA ADMINISTRACIÓN DE MEDICAMENTOS EN LA ESCUELA

El Distrito Escolar 99 cree que los medicamentos deben administrarse en el hogar cuando sea posible. Sin embargo, si su médico decide que es necesario que su hijo reciba medicamentos durante el día escolar, se debe proporcionar una autorización de medicamentos con instrucciones específicas al personal de la escuela. Es importante tener en cuenta que los estudiantes tienen prohibido llevar medicamentos o guardar medicamentos en su casillero. Solo los estudiantes autorizados para automedicarse medicamentos para el asma y / o epinefrina de acuerdo con las regulaciones sobre la autoadministración de medicamentos para el asma y la epinefrina en la escuela están autorizados a llevar esos medicamentos en su persona.

- **La primera dosis de medicación debe ser administrada en casa. Los medicamentos deben ser traídos a la escuela en el envase debidamente etiquetado por la farmacia o el médico y debe indicar claramente el nombre del estudiante, la dosis del medicamento y la fecha de vencimiento. Los medicamentos de venta libre (que también requieren la autorización de un médico) deben tener la etiqueta original del fabricante con el nombre del estudiante claramente marcado en el envase.**
- Para ser completado y firmado por el padre o tutor del estudiante. Por la presente solicito y otorgo permiso para que el personal de la escuela Community High School District #99 administre o supervise la administración de medicamentos a mi hija / hijo, de acuerdo con las instrucciones proporcionadas por el médico que receta. Estoy de acuerdo en permitir que el personal de la escuela se comuniquen con el médico que prescribe con respecto a cualquier pregunta sobre la administración del medicamento o la afección médica.

Además, acepto indemnizar y eximir de responsabilidad al Distrito Escolar, su Junta de Educación y los miembros, funcionarios, empleados y voluntarios de la Junta de cualquier reclamo, responsabilidad, pérdida o gasto, incluidos los honorarios razonables de abogados, sufridos por cualquiera de las indemnizaciones anteriores y derivado de una reclamación relacionada directa o indirectamente con la administración de medicamentos a mi hijo en la escuela. Entiendo que el Distrito Escolar y los individuos anteriores no deben incurrir en ninguna responsabilidad como resultado de cualquier lesión derivada de la administración de medicamentos, siempre que, sin embargo, esta indemnización y el compromiso inofensivo no se apliquen a la conducta intencional y gratuita de los anteriores.

AUTORIZACIÓN PARA LA AUTO-MEDICACIÓN PARA EPINEFRINA O MEDICACIÓN DE RESCATE PARA EL ASMA.

De conformidad con la autoridad otorgada en virtud de la Sección 105 ILCS 5 / 22-30 del Código Escolar de Illinois, por la presente autorizo a mi hijo / a, a automedicarse los medicamentos recetados para la epinefrina o el asma en la escuela, actividades patrocinadas por la escuela, mientras se encuentre bajo la supervisión del personal escolar, y antes / después de las actividades escolares normales, tales como cuidado antes / después de la escuela en propiedad operada por la escuela. Verifico que mi proveedor de atención médica ha instruido a mi hijo sobre la automedicación adecuada del medicamento.

Estoy de acuerdo en indemnizar y eximir de responsabilidad al Distrito Escolar, su Junta de Educación y los miembros, funcionarios, empleados y voluntarios de la Junta de cualquier reclamo, responsabilidad, pérdida o gasto, incluidos los honorarios razonables de los abogados, sufridos por cualquiera de las indemnizaciones anteriores y las que surjan de un reclamo relacionado directa o indirectamente con la autoadministración por parte de mi hijo / a de los medicamentos para el asma y / o la epinefrina mencionados anteriormente, que yo, cualquier otro padre o tutor de mi estudiante u otro estudiante, o por o en nombre de mi estudiante u otro estudiante Entendemos que el Distrito Escolar y los individuos anteriores no deben incurrir en ninguna responsabilidad como resultado de cualquier lesión que surja de la autoadministración de medicamentos, siempre que, sin embargo, esta indemnización y el compromiso inofensivo no se apliquen a la conducta voluntaria e intencional de Las anteriores indemnizaciones.

Firma del Padre o tutor: _____ Fecha: _____