EVERGREEN PARK ELEMENTARY SCHOOL DISTRICT 124

2929 W. 87th Street • Evergreen Park, Illinois 60805-2328
Phone: (708) 423-0950 • Fax: (708) 423-4292 • Web: www.d124.org

Inspire, Empower, Achieve ... Every Student, Every Day

Student Inhaler Self-Administration Form

To be completed by Parent/Guardian

Student's Name:_____ Birth date:_____ Date:_____

The undersigned, being the parent/guardian of the above named student, hereby request that the student be allowed to self-administer an asthma inhaler in school.

I understand that I am to bring the medication to the school office in a pharmaceutical container labeled with the student's name, name of medication, dosage, and all pertinent instructions.

I hereby release Evergreen Park School District 124, its officers, directors, agents, employees, and assigns from any all liability arising from the administration of medication to the above named student.

Pursuant to Public Act 096-1460, Evergreen Park School District 124 will permit the self-administration of an asthma inhaler if the following are provided by the parent/guardian:

1. A completed and signed **Student Inhaler Self-Administration Form**
2. The inhaler in the original box with the **prescription label**, which contains the name of the medication, the prescribed dosage, and the time or circumstances under which it should be administered. A copy of the prescription label must accompany this form and will be stored in the student's health file.

I acknowledge that the School District 124 and its employees and agents will incur no liability, except for willful and wanton conduct, as a result of any injury arising from the student's self-administration of the medication. I agree to indemnify and hold harmless the School District 124 and its employees and agents against any and all claims, except claims based on willful and wanton conduct, arising out of the self-administration of medication by the student.

Please sign and return to the school health office.

My child is allowed to self-carry/self-administer an asthma inhaler per parent/guardian permission (Please circle) **YES NO**

Parent/Guardian Signature:_____ Date:_____

Parent/Guardian Name (Printed):_____

Phone number during school hours:_____ Emergency phone #:_____

Central Middle School
9400 S. Sawyer Ave.
Phone: (708) 424-0148
Fax: (708) 229-8406

Northeast School
9058 S. California Ave.
Phone: (708) 422-6501
Fax: (708) 229-8410

Northwest School
3630 W. 92nd St.
Phone: (708) 425-9473
Fax: (708) 931-3512

Southeast School
9800 S. Francisco St.
Phone: (708) 422-1021
Fax: (708) 229-8413

Southwest School
9900 S. Central Park Ave.
Phone: (708) 424-2444
Fax: (708) 229-8416

EVERGREEN PARK ELEMENTARY SCHOOL DISTRICT 124

2929 W. 87th Street • Evergreen Park, Illinois 60805-2328
Phone: (708) 423-0950 • Fax: (708) 423-4292 • Web: www.d124.org

Inspire, Empower, Achieve ... Every Student, Every Day

Forma para que el alumno se auto administre el inhalador

Para ser llenado por el padre/tutor

Nombre del alumno(a):_____Fecha de nacimiento:_____ Fecha:_____

El suscrito, siendo el padre/tutor de el/la mencionado(a) alumno(a), solicita por medio de la presente que se le permita al alumno(a) auto administrarse el inhalador para el asma en la escuela.

Entiendo que yo traeré el medicamento a la oficina escolar en un recipiente farmacéutico etiquetado con el nombre de el/la alumno(a), nombre del medicamento, la dosis y todas las instrucciones pertinentes.

Por medio de la presente yo deslindo a *Evergreen Park District 124*, sus oficiales, directivos, agentes, empleados y designados de toda responsabilidad que surgiera debido a la administración de medicamentos a el/la antes mencionado(a) alumno(a).

De conformidad con la Ley Pública 096-1460, *Evergreen Park District 124* permitirá la auto administración del inhalador para el asma si el padre/tutor provee lo siguiente:

1. Una forma llenada y firmada sobre la **Auto administración del inhalador**
2. El inhalador en su caja original con la **etiqueta de la prescripción**, la cual contiene el nombre del medicamento, la dosis prescrita, y la hora o la circunstancia bajo la cual deba ser administrada. Una copia de la etiqueta de la prescripción debe acompañar esta forma y será guardada en el archivo de salud del/la alumno(a).

Reconozco que el Distrito Escolar y sus empleados no tendrán ninguna responsabilidad, excepto cuando fuera con conducta dolosa y sin justificación, como resultado de cualquier lesión que surgiera de la auto administración del medicamento.
Estoy de acuerdo en indemnizar y eximir de responsabilidad al Distrito Escolar y a sus empleados y agentes contra toda y cualquier demanda, excepto demandas basadas en una conducta dolosa y sin justificación, que surgiera de la auto administración del medicamento por el alumno(a).

Favor de firmar y devolver a la enfermería de la escuela:
Autorizo que mi hijo(a) lleve consigo el inhalador para el asma, por medio del permiso del padre/tutor (por favor circule) **SI NO**

Firma del Padre/Tutor:_____Fecha:_____

Nombre del Padre/Tutor (use letra de molde):_____

Número telefónico durante horario escolar:_____ Número de emergencia:_____