

SELF-CARRY CONTRACT

This form is used for parent authorization for any Over the Counter, Prescription, or Non-Narcotic Medications that your child can self-carry. One form for each medication is required. Please review the Policy on storage of medications.

Student: _____ DOB: _____ School : _____ Grade: _____

Self Carry Agreement

- ☐ I plan to keep my _____ with me at school rather than in the school health office.
- ☐ I agree to use my above listed medication in a responsible manner, in accordance with my Physician's orders if indicated. If the medication is over the counter then the medication will be handled according to District Guidelines (one to two doses in the original bottle per day).
- ☐ I will notify the school health office if I am having more difficulty than usual with my symptoms.
- ☐ I will not allow any other person to use my medication or give out my medication to any other student.

Student's Signature: _____ Date: _____

PARENT/GUARDIAN AGREEMENT

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 that my child carries his/her medication as prescribed. Medication will be contained in the original medication bottle, and the date is current. Only the amounts needed for the event/day will be provided. One extra dose of the medication is allowed.
- ☐ It has been recommended to me that there may be a need to have a backup medication provided to the Health Office for emergencies.

Parent's Signature: _____ Date: _____

Nurse Consultant

- ☐ The above student demonstrates an understanding of the physician order for time and dosages, and an understanding of the concept of the Self Carry responsibility of dosage in the original bottle.
- ☐ I will review the medication authorization provided by the parent and signed by the Health Care Provider as indicated.

School Nurse Signature: _____ Date: _____

****A Self Carry Contract will need to be accompanied by a Medication Administration Form filled out and signed by your student's provider. ****

SELF-CARRY CONTRACT

Contrato estudiantil para llevar medicamentos consigo Este documento es la autorización de los padres de familia para cualquier medicina con receta médica, sin receta médica o medicamentos sin narcóticos que su hijo(a) deba llevar consigo. Por favor repase el reglamento sobre cómo guardar estas medicinas.

Estudiante: _____ Fecha de nacimiento: _____ Escuela: _____ Grado: _____

Acuerdo para tener medicamentos conmigo

- ☐ Yo pienso tener mi medicina _____ conmigo en la escuela, en vez de tenerla en la enfermería.
- ☐ Estoy de acuerdo en usar la medicina antes mencionada responsablemente y siguiendo las indicaciones del doctor. Si la medicina no tiene receta médica, será usada de acuerdo a las Pautas del Distrito (de una a dos dosis en el envase original).
- ☐ Le notificaré a la enfermería escolar si mis síntomas me están afectando más de lo normal.
- ☐ No permitiré que ninguna otra persona use mi medicina o se la dé a otro alumno(a).

Firma del estudiante _____ Fecha _____

ACUERDO DE LOS PADRES DE FAMILIA

Este contrato es válido para el ciclo lectivo actual, a no ser que lo revoque el médico o si el alumno falla en cumplir con las previsiones.

- ☐ Estoy de acuerdo en que mi hijo(a) lleve consigo la medicina tal y como se le recetaron. La medicina debe estar en su envase original y con la fecha en vigencia. Solo se puede llevar la cantidad necesaria para ese día o evento. Se permite una dosis adicional.
- ☐ Se me ha recomendado tener más dosis en la enfermería, en caso de alguna emergencia.

Firma del padre o madre _____ Fecha _____

Enfermera asesora

- ☐ El estudiante en cuestión demuestra que entiende las indicaciones del médico para la dosis y el horario de la medicina, y comprende la responsabilidad de llevar consigo las medicinas en su envase original.
- ☐ He repasado la autorización médica firmada y entregada por los padres a la asistente de salud, tal y como se indica.

Firma de la enfermera escolar _____ Fecha _____

****Un permiso para portar medicinas deberá ir acompañado de un Formulario de Administración de Medicamentos completado y firmado por el proveedor médico de su hijo(a)****