

Self Management of Asthma, Anaphylaxis, and Diabetes

Student Name: _____ DOB: _____ Medical Condition: _____

Healthcare Provider Consent for Student Self Management of Care

I have reviewed and approved the provided health plan and included any recommended modifications. This consent is for a maximum of one year. If changes in procedure are indicated, I will provide written orders accordingly. I have instructed this student in the proper use of his/her medications and supplies.

- ☐ Student should be allowed to carry and administer medication independently and should report event to the nurse any time after self administering
- ☐ Inhaler
 - ☐ Epi-Pen
 - ☐ Diabetic Supplies

Healthcare Provider Signature

Date

- ☐ **See EAP for Provider Signature**

Automanejo del Asma, Anafilaxia y Diabetes

Nombre del Estudiante: _____

Fecha de Nacimiento: _____ Condición Medical: _____

Consentimiento de los Padres para el Autocuidado del Estudiante

Yo, como padre/tutor, estoy de acuerdo con el plan de manejo proporcionado, proporcionaré los suministros y equipos necesarios, notificaré a la enfermera de la escuela si hay algún cambio en el estado de salud de mi hijo o en las órdenes del médico, y autorizo a la enfermera de la escuela a comunicarse con el médico cuando sea necesario.

- ☐ Solicito que los medicamentos de mi hijo se guarden en la enfermería.
- ☐ Autorizo a mi hijo/a a autoadministrarse los medicamentos según lo prescrito por su médico o según lo estipulado en su Plan de Acción de Emergencia o Plan de Salud Individualizado. Este plan de manejo personal estará vigente hasta que cualquiera de las partes lo invalide.
- ☐ Por la presente certifico que mi hijo/a ha recibido todas las instrucciones necesarias y es capaz de autoadministrarse el medicamento. Doy mi consentimiento para que mi hijo/a lleve, guarde y se autoadministre el medicamento en la escuela. Reconozco mi responsabilidad de proporcionarle a mi hijo/a el medicamento, debidamente etiquetado por la farmacia, y de supervisar su uso y de cualquier consecuencia que surja de la autoadministración de medicamentos en la escuela. Indemnizaré y excluiré de responsabilidad a las Escuelas Públicas de Grand Island, sus empleados y agentes, ante cualquier reclamación que surja de la autoadministración de medicamentos por parte de mi hijo/a en la escuela o en un evento escolar.

Firma del Padre/Tutor

Fecha

Consentimiento del Estudiante para el Automanejo del Cuidado

No compartiré ni permitiré que otros estudiantes manejen mis medicamentos ni suministros. Notificaré a la enfermera escolar o al adulto designado cuando use mi medicamento. Me presentaré en la enfermería o al adulto designado si necesito atención médica adicional.

Firma del Estudiante

Fecha