



Livermore Valley Joint Unified School District

CONTRACT TO CARRY AND SELF-ADMINISTER MEDICATIONS

Pursuant to Education Code Section 49423(b)(2), I authorize my student to carry and self-administer the life-sustaining medication(s) indicated below.

Student: _____ Grade/Teacher: _____ DOB: _____
Parent(s): _____ Contact Phone Number(s): _____ School: _____

I. Medication(s) Prescribed by the Authorized Health Care Provider:

Inhaler: _____ Epinephrine: _____ Glucagon: _____ Insulin: _____

Instructions for Use: _____

The above-named student is under my care and needs to carry this medication with them while at school. I agree that the student is capable of self-administration and is able to manage this medication responsibly.

Name of Health Care Provider: _____ Phone/fax#: _____

Address or stamp:

Signature of the provider: _____ Date: _____

II. Student Agreement:

____ This medication will be with me at all times (backpack, pocket, purse, etc...), including off campus events.

____ I will not share this medication with anyone.

____ I will alert the teacher/coach when I have used my medication.

____ I will come to the office if I need my medication more than once in a day.

____ Other:

Student Signature: _____ Date: _____

III. Parent Agreement:

I request that my child be allowed to carry and self-administer his/her prescribed medication(s) as recommended by the authorized medical provider. I understand that it is my responsibility to notify the school if my child's health status changes. Changes in medication dosages or procedures must be received in writing from the physician. I agree that the school district, its employees, and agents shall not be held liable for any loss, damage, injury, or liability of any kind to any person caused or arising from acts, omissions, or negligence of district employees. I give my consent for the school nurse or designated school personnel to consult with the above provider regarding questions that may arise with regard to the above medication/medical condition. My signature below also permits the distribution of my student's health history and school picture to those deemed necessary for his or her care during school hours.

Parent or Guardian Signature: _____ Date: _____



Livermore Valley Joint Unified School District

CONTRATO DE AUTORIZACIÓN PARA LLEVAR Y AUTOADMINISTRAR MEDICAMENTOS

De acuerdo con la Sección 49423(b)(2) del Código de Educación, autorizo a mi hijo/a a llevar y autoadministrarse los medicamentos de soporte vital que se indican a continuación.

Estudiante: _____ Grado/Maestro/a: _____ Fecha de nacimiento: _____
Padre/madre: _____ Teléfono de contacto: _____ Escuela: _____

I. Medicamentos recetados por el Proveedor de Salud Autorizado:

Inhalador: _____ Epinephrine: _____ Glucagon: _____ Insulina: _____

Instrucciones de uso: _____

El mencionado estudiante está bajo mi cuidado y necesita llevar este medicamento consigo mientras esté en la escuela. Estoy de acuerdo con que el estudiante es capaz de autoadministrarse la medicación y manipularla con responsabilidad.

Nombre del Proveedor de Salud: _____ Teléfono/fax: _____

Dirección o sello: _____

Firma del proveedor: _____ Fecha: _____

II. Acuerdo del estudiante:

____ Llevaré esta medicación conmigo todo el tiempo (mochila, bolsillo, cartera, etc.), inclusive durante las actividades fuera del campus.

____ No compartiré esta medicación con nadie.

____ Advertiré al maestro/a o entrenador/a cuando utilice la medicación.

____ Acudiré a la oficina si necesito la medicación más de una vez en el día.

____ Otros:

Firma del estudiante: _____ Fecha: _____

III. Acuerdo de los padres:

Solicito que se le permita a mi hijo/a llevar y autoadministrarse los medicamentos recetados tal como lo recomienda el proveedor de salud autorizado. Entiendo que es mi responsabilidad notificar a la escuela en caso de que se produzca un cambio en el estado de salud de mi hijo/a. Los cambios en la dosis de la medicación o los procedimientos deben ser indicados por escrito por el médico. Entiendo que el distrito escolar, sus empleados y agentes no serán responsables en caso de pérdida, daño, lesión o responsabilidad de cualquier tipo ante cualquier persona que surja o sea consecuencia de actos, omisiones o negligencias de los empleados del distrito. Doy mi consentimiento para que el/la enfermero/a de la escuela o el miembro del personal escolar designado consulte con el proveedor mencionado respecto a cuestiones que puedan surgir como consecuencia de la medicación/condición médica mencionada. Con la firma a continuación, también autorizo la distribución de la historia clínica de mi hijo/a y de su fotografía escolar a aquellas personas que se considere necesario para su atención durante el horario escolar.

Firma del padre, madre o tutor: _____ Fecha: _____