Allergy Self Carry Contract **School: _____Grade: _____**

STUDENT: _____ DOB: _____

- ☐ I plan to keep my epinephrine with me at school rather than in the school health office.
- ☐ I agree to use my epinephrine in a responsible manner, in accordance with my physician's orders.
- ☐ I will notify the school health office immediately if my epinephrine has been used.
- ☐ I will not allow any other person to use my epinephrine.

Student's Signature _____ Date _____

PARENT/GUARDIAN: _____

Este contrato estará en efecto el presente año escolar a menos que el doctor del estudiante lo revoque o que el estudiante falle en cumplir las contingencias propuestas en el párrafo anterior.

- ☐ Estoy de acuerdo en ver que mi niño/a lleve la medicación prescripta, que el dispositivo contenga medicina, y que este al día.
- ☐ Se me ha recomendado que un epinefrina de emergencia sea provisto al Oficial de Salud para casos de emergencia.
- ☐ Revisaré el estado de las alergias del estudiante regularmente como fue aceptado en el plan de salud.
- ☐ Proveeré a la escuela la autorización firmada por el proveedor de salud autorizando el uso de la medicación.

Firma del padre _____ Fecha _____

Nurse Consultant: _____

- ☐ The above student has demonstrated correct technique for epinephrine use, an understanding of the physician order for emergency use of the epinephrine.
- ☐ School staff that have the need to know about the student's condition and the need to carry medication have been notified.
- ☐ I will review the medication authorization provided by the parent and signed by the parent and health care provider.

Nurse Consultant's Signature _____ Date _____

School Administrator's Signature: _____ Date: _____
Teacher's Signature: _____ Date: _____
Teacher's Signature: _____ Date: _____
Health Assistant Signature: _____ Date: _____