

# Self Management of Asthma, Severe Allergy (Anaphylaxis), or Diabetes at School Consent Form

Parental consent/release in writing is required and must be accompanied by:

- Signed physician authorization for self-management of asthma/anaphylaxis or self management of diabetes at school.
- Current written medical management plan. The school can provide a form for your use.
- It is recommend you keep an extra supply of your child's medications at school.

**PARENT/GUARDIAN: By signing below, you acknowledge the following:**

1. You are requesting that your student be allowed to self-manage their asthma, allergy, or diabetic condition at school.
2. You have confidence that your student has the knowledge and skills needed to self-manage their condition at school.
3. You understand that you are not required to make this request on behalf of your child. Your child may utilize the health office for asthma, allergy, and diabetic cares. Your child may request assistance from qualified school health personnel at any time during the school day.
4. If your student injures school personnel or another student as a result of misuse of the condition's supplies, you shall be responsible for any and all costs associated with such injury.
5. As stated in Neb. Rev. Stat. 79-224.5 "The parent or guardian of a student for whom an asthma or anaphylaxis medical management plan has been developed under this section shall sign a statement acknowledging that (a) the school and its employees and agents are not liable for any injury or death arising from a student's self-management of his or her asthma or anaphylaxis condition and (b) the parent or guardian shall indemnify and hold harmless the school and its employees and agents against any claim arising from a student's self-management of his or her asthma or anaphylaxis condition." and Neb. Rev. Stat. 79-225.5 "The parent or guardian of a student for whom a diabetes medical management plan has been developed under this section shall sign a statement acknowledging that (a) the school and its employees and agents are not liable for any injury or death arising from a student's self-management of his or her diabetic condition and (b) the parent or guardian shall indemnify and hold harmless the school and its employees and agents against a claim arising from a student's self-management of his or her diabetic condition."
6. This self management plan will be in effect until rescinded by either party.

Please check the box to indicate which condition your child needs to self-manage.

- Asthma/Allergies       Diabetes       Both

\_\_\_\_\_  
Parent/Guardian Printed Name

\_\_\_\_\_  
Student Printed Name

\_\_\_\_\_  
Parent/Guardian Signature

\_\_\_\_\_  
Date

**STUDENT: By signing below, you agree that you understand:**

1. You must not share, or allow another student to handle, your medications or supplies.
2. You will notify the school nurse or other designated adult when you have used your medication.
3. If you don't feel better after using your medication, you will seek help from school personnel.

\_\_\_\_\_  
Student Signature

\_\_\_\_\_  
Date

\_\_\_\_\_  
Student Printed Name

# Formulario de Consentimiento para la Autogestión del Asma, Alergia Severa (Anafilaxia) o Diabetes en la Escuela

Se requiere el consentimiento/autorización de los padres por escrito y debe ir acompañado de:

- Autorización médica firmada para el autocontrol del asma/anafilaxia o el autocontrol de la diabetes en la escuela.
- Plan de tratamiento médico actual por escrito. La escuela puede proporcionar un formulario para su uso.
- Se recomienda que mantenga un suministro adicional de los medicamentos de su hijo en la escuela.

**PADRE/TUTOR: Al firmar a continuación, usted reconoce lo siguiente:**

1. Está solicitando que se le permita a su estudiante controlar por sí mismo su condición de asma, alergia o diabetes en la escuela.
2. Usted tiene la confianza de que su estudiante tiene el conocimiento y las habilidades necesarias para automanejar su condición en la escuela.
3. Usted entiende que no está obligado a hacer esta solicitud en nombre de su hijo. Su hijo puede utilizar el consultorio de salud para recibir atención para el asma, las alergias y la diabetes. Su hijo puede solicitar asistencia del personal de salud escolar calificado en cualquier momento durante el día escolar.
4. Si su estudiante lesiona al personal de la escuela o a otro estudiante como resultado del mal uso de los suministros de la condición, usted será responsable de todos y cada uno de los costos asociados con dicha lesión.
5. Como se dice en Neb. Rev. Stat. 79-224.5 "El padre o tutor de un estudiante para quien se ha desarrollado un plan de manejo médico para el asma o la anafilaxia bajo esta sección deberá firmar una declaración reconociendo que (a) la escuela y sus empleados y agentes no son responsables de ninguna lesión o muerte que surja de la autogestión de un estudiante de su condición de asma o anafilaxia y (b) el padre o tutor indemnizará y eximirá de responsabilidad a la escuela y sus empleados y agentes contra cualquier reclamo que surja de la autogestión de un estudiante de su condición de asma o anafilaxia". Rev. Stat. 79-225.5 "El padre o tutor de un estudiante para quien se ha desarrollado un plan de manejo médico de la diabetes bajo esta sección deberá firmar una declaración reconociendo que (a) la escuela y sus empleados y agentes no son responsables de ninguna lesión o muerte que surja de la autogestión de un estudiante de su condición diabética y (b) el padre o tutor indemnizará y eximirá de responsabilidad a la escuela y a sus empleados y agentes contra un reclamo que surja de la autogestión de un estudiante de su condición diabética".
6. Este plan de autogestión estará vigente hasta que sea rescindido por cualquiera de las partes.

Marque la casilla para indicar qué condición necesita su hijo para autocontrolarse.

- Asma/Alergias       Diabetes       Ambos

\_\_\_\_\_  
Nombre en letra de imprenta del padre/tutor

\_\_\_\_\_  
Nombre del estudiante en letra de imprenta

\_\_\_\_\_  
Firma del Padre/Tutor

\_\_\_\_\_  
Fecha

**ESTUDIANTE: Al firmar a continuación, usted acepta que comprende:**

1. No debe compartir ni permitir que otro estudiante manipule sus medicamentos o suministros.
2. Usted notificará a la enfermera de la escuela u otro adulto designado cuando haya usado su medicamento.
3. Si no se siente mejor después de usar su medicamento, buscará ayuda del personal de la escuela.

\_\_\_\_\_  
Firma del estudiante

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Nombre del estudiante en letra de imprenta