

**SELF MEDICATING STUDENT AGREEMENT
REQUEST FOR MEDICATION TO BE GIVEN DURING SCHOOL HOURS
(INHALERS/EPI-PENS)**

Student's Name: _____ Grade: ____ DOB: _____ School: _____

Medication: _____ Dosage: _____ Route: _____

Time medication to be given: AM _____ PM _____

Please circle: Before After With Meals As Needed

Reason medication is prescribed: _____

Start Date: _____ Stop Date: _____

Significant information (include side effects, toxic reactions, and omission reactions: _____

Contraindications: _____

I agree that this student is authorized to medicate himself/herself, has been instructed and has demonstrated the skill level necessary to use the prescribed medication/device. In order to keep this child in optimum health and to aid school performance it is necessary that this medication be self-administered during school hours. The student's parent/guardian has been informed and is in full agreement.

Date _____

Licensed Health Care Provider Signature

**Parent/Guardian Permission
Permiso de los padres/apoderados del estudiante**

Yo, _____ estoy de acuerdo de que mi hijo/a _____ sabe de su tratamiento y el/ella es capaz de darse a si mismo la medicina. Yo le doy mi permiso a mi hijo/a para recibir la medicina durante las horas de la escuela. Como padre/madre/tutor de este niño, tomo responsabilidad de cualquier reacción mala que puede causar esta medicina. Yo estoy de acuerdo de mandar la medicina a la escuela en su paquete original. Yo comprendo que la escuela y su personal no tienen responsabilidad por cualquier daño que pueda resultar por tomar o poseer esta medicina. Yo comprendo que yo debo de proporcionar a la escuela con una medicina de asma de reserve, lo cual se quedara aquí en la escuela en un lugar donde el/la estudiante tendrá acceso inmediata en caso de una emergencia. Yo le doy permiso a la escuela para mandar este formulario de medicina por fax a la clínica de mi hijo/a (si sea necesario) por su firma. Yo le doy permiso a la clínica de mi hijo/a para mandar este formulario a la escuela. Comprendo que la escuela no puede garantizar la confidencialidad de la máquina de fax.

Firma de Padre/madre/apoderado _____

Numero de teléfono _____ Fecha _____

Acuerdo para automedicarse

Yo estoy de acuerdo con la manera y comprendo la manera de tomar mi medicina como recetado por mi medico. Yo no compartiré mi medicina con nadie. Yo guardaré mi medicina en un lugar seguro fuera de los otros estudiantes. Yo entiendo que si no sigo las reglas de arriba, yo puedo perder mis privilegios para automedicarse.

Firma del estudiante_____
Fecha

(Please complete and return form to the school office)