

Agreement to Carry and Self-Administer Medication

Parent Section:

Student Name:		Birth Date:	
Address:			
Parent/Guardian Phone:		Emergency Phone:	
School:	Grade:	Teacher:	
Physician Name:		Physician Phone:	
Medication:	<input type="checkbox"/> Inhaler <input type="checkbox"/> Epinephrine		
The items below must also be provided:			
<input type="checkbox"/>	Prescription label, which contains the name of the medication, the prescribed dosage, and the time at which or circumstances under which the medications is to be administered. <i>(Attach to this form)</i>		
<input type="checkbox"/>	For Epinephrine: Medication Authorization Form and Emergency Action Plan		
***It is recommended that students who carry and self-administer medication keep "back-up" medication at school.			

Parent Statement:

I authorize the Cooperative and its employees and agents, to allow my child to self-carry and self-administer his or her asthma medication and/or epinephrine injector: (1) while in school, (2) while at a school-sponsored activity, (3) while under the supervision of school personnel, or (4) before or after normal school activities, such as while in before-school or after-school care on school-operated property. Illinois law requires the Cooperative to inform parent(s)/guardian(s) that it, and its employees and agents, incur no liability, except for willful and wanton conduct, as a result of any injury arising from a student's self-carry and self-administration of asthma medication or epinephrine injector, 105 ILCS 5/22-30, amended by P.A.s 199-726 and 100-799.

Parent Signature _____ Print Name _____ Date _____

Student Section:

Student Statement:

My signature below indicates my agreement while I am at school or school activities to the following:

- I have demonstrated the correct administration of the above-listed medication to the School Nurse.
- I agree to never share my medication with another person.
- I agree if there is any problem or lack of desired effects in or after use of the medication, I will notify a teacher or other school staff member for assistance or notification of my parent/guardian and School Nurse.

Student Signature _____ Print Name _____ Date _____

CONVENIO PARA LLEVAR CONSIGO Y AUTO-ADMINISTRAR MEDICAMENTO

Sección Para los Padres:

Nombre del estudiante:		Fecha de nacimiento:	
Dirección:			
Teléfono del Padre/Madre/Guardián:		Teléfono de emergencia:	
Escuela:	Grado:	Maestro(a):	
Nombre de su Medico:		Telefono de su Medico:	
Medicación:	<input type="checkbox"/> Inhalador <input type="checkbox"/> Epinefrina		
Lo siguiente también debe ser proporcionado:			
<input type="checkbox"/>	La etiqueta de la receta, que contiene el nombre del medicamento, la dosis prescrita, y la hora en que o las circunstancias en las que el medicamento se debe administrar. <i>(Adjunte con esta forma)</i>		
<input type="checkbox"/>	Para Epinefrina: Formulario de Autorización de Medicamentos y el Plan de Acción para Emergencias		
*** Se recomienda que los estudiantes que lleven consigo y auto administran medicación mantengan medicamento de respaldo "back-up" en la escuela.			

Declaración de los Padres/Guardián:

Yo autorizo a la cooperativa y sus empleados y agentes, que permitan a mi hijo(a) llevar consigo mismo(a) y auto administrarse su medicamento del asma y/o auto inyector de epinefrina: (1) mientras en la escuela, (2) mientras en una actividad escolar, (3) mientras bajo la supervisión del personal escolar, o (4) antes o después de actividades escolares normales, tal como mientras en cuidado antes de la escuela o después de la escuela ubicado en propiedad escolar. La ley de Illinois requiere que la cooperativa informe a los padres / tutor legal que la cooperativa y sus empleados y agentes, no incurrir ninguna responsabilidad, con excepción de conducta deliberada y sin motivo, como resultado de cualquier lesión que surja de un estudiante que lleve consigo mismo y se auto administre medicamentos del asma o auto inyector de epinefrina, 105 ILCS 5/22-30, amended by P.A.s 199-726 and 100-799.

Firma del Padre/Madre/Guardián	Nombre (letra de molde)	Fecha

Sección del Estudiante:

Declaración del Estudiante:

Mi firma abajo indica que estoy de acuerdo que mientras estoy en la escuela o actividades escolares a lo siguiente:

- He mostrado la administración correcta del medicamento mencionado arriba a la enfermera de la escuela.
- Me comprometo a nunca compartir mi medicamento con otra persona.
- Estoy de acuerdo si hay algún problema o falta de efectos deseados durante o después del uso del medicamento, voy a notificar a un maestro(a) u otro miembro del personal escolar para que me ayude o para notificar a mi padre/madre/guardián y enfermera escolar.

Firma del Estudiante	Nombre (letra de molde)	Fecha
----------------------	-------------------------	-------