

Students

Exhibit - School Medication Authorization Form

A new form must be completed every school year.

To be completed by Parent(s)/Guardian(s). For asthma inhalers only, the parent may attach the prescription label instead of a written doctor order. See "Asthma Inhaler" section below.

Student Name: _____ Birth Date: _____

Address: _____

Phones number: _____ Emergency number: _____

School: _____ Grade: _____ Teacher: _____

To be completed by the student's physician, physician assistant, or advanced practice RN:

Medication Name & Dosage: _____

Time medication to be taken or under what circumstances: _____

Purpose: _____

Diagnosis requiring medication: _____

Expected side effects, if any: _____

Prescription date: _____ Discontinuation date: _____

Time interval for re-evaluation: _____

Is it necessary for this medication to be taken during the school day? _____

Other medication student is receiving: _____

If this is an inhaler or epi-pen, is student able to carry and/or administer? _____

Physician Signature _____

Physician Name (Print) _____

Office Address _____

Office Phone _____

DATE _____

Asthma Inhalers

Parent(s)/Guardian(s) please attach prescription label here:

Student Name: _____

For only parents/guardians of students who need to carry asthma medication or an EpiPen®:

I authorize the School District and its employees and agents, to allow my child or ward to possess and use his or her asthma medication and/or epinephrine auto-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 School District 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-administration of medication or epinephrine auto-injector (105 ILCS 5/22-30). **If you agree please initial:**
_____ Parent(s)/guardian(s)

For ALL parents/guardians:

By signing below, I agree that I am primarily responsible for administering medication to my child. However, in the event that I am unable to do so or in the event of a medical emergency, I hereby authorize the School District and its employees and agents, in my behalf, to administer or to attempt to administer to my child (or to allow my child to self-administer, while under the supervision of the employees and agents of the School District), lawfully prescribed medication in the manner described above. **I acknowledge that it may be necessary for the administration of medications to my child to be performed by an individual other than a school nurse and specifically consent to such practices**, and I agree to indemnify and hold harmless the School District and its employees and agents against any claims, except a claim based on willful and wanton conduct, arising out of the administration or the child's self-administration of medication.

Parent/Guardian printed name

Parent/Guardian printed name

Parent/Guardian signature* Date

Parent/Guardian signature* Date

** Both parents and/or guardians, if available, should sign.*

Para los padres o tutores de estudiantes que necesitan llevar consigo medicación para asma o EpiPen®:

Yo autorizo al Distrito Escolar y a sus empleados y agentes, a permitir que mi hijo o el niño bajo mi tutela, este en posesión y use su medicación para el asma y o su auto-inyector de epinefrina: (1) mientras este en la escuela, (2) mientras se encuentre en una actividad patrocinada por la escuela, (3) dentro de la supervisión del personal escolar, o (4) antes o después de las actividades normales de la escuela, cuando se encuentre al cuidado de la misma, antes del horario escolar o después del horario escolar en propiedad operada por la escuela. La ley de Illinois requiere que el Distrito Escolar informe a los padres y tutores que la escuela y sus empleados y agentes no incurrir en ninguna responsabilidad, excepto por una conducta malintencionada y licenciosa, como resultado de cualquier lesión que se produzca en el estudiante por la auto-administración de medicación o el uso del auto-inyector de epinefrina (105 ILCS 5/22-30). **Si usted esta de acuerdo por favor escriba sus iniciales:** _____ Padre(s)/Tutor(es)

Para TODOS los padres o tutores:

Al firmar en la parte inferior, Yo estoy de acuerdo y soy el responsable primario por la administración de medicación a mi niño. Sin embargo, en caso de que yo no pueda hacerlo o en caso de una emergencia médica, Yo autorizo al Distrito Escolar, a sus empleados y agentes y en mi nombre a administrar o tratar de administrar a mi niño (o permitir que mi niño se auto-administre, mientras este en la supervisión de los empleados y agentes del Distrito Escolar), medicación legalmente prescrita en la manera que se describe en la parte superior. **Yo reconozco que tal vez sea necesario que la administración de la medicación a mi niño sea llevada a cabo por algún otro individuo que no sea la enfermera escolar y específicamente consiento a dichas prácticas**, y estoy de acuerdo en exonerar y mantener fuera al Distrito Escolar, a sus empleados y agentes de cualquier reclamo legal, excepto un demanda basada en una conducta malintencionada y licenciosa, que se produzca de la administración o de la auto-administración del medicamento del niño.

Nombre del Padre o Tutor letra imprenta

Nombre del Padre o Tutor letra imprenta

Firma del Padre o Tutor* Fecha

Firma del Padre o Tutor* Fecha

** Los dos padres y o tutores, si están disponibles deben firmar.*

Revised: March 26, 2007
 June 13, 2011

