

**AUTHORIZATION FOR SELF-ADMINISTRATION OF MEDICATION FOR
ASTHMA/ALLERGIES K-12 AND INSULIN FOR GRADES 6-12**

PART A

Parent/Legal Guardian to Complete

Name of Student: _____ Date of Birth: _____ Grade/Teacher: _____

The above student has been instructed on self-administration of medication, and I hereby give my permission for him/her to administer at school as ordered the medication(s) listed below. I understand that it is my responsibility to furnish this medication. I acknowledge that the school incurs no liability for any injury resulting from the self-administration of medication and agree to indemnify and hold the school, and its employees and agents, harmless against any claims relating to the self-administration of such medication.

I also acknowledge, in accordance with the Nurse Practice Act, the need and give permission for appropriate communication between the school nurse and the medical prescriber related to the medication(s)/treatment(s) in question to enable the nurse to administer safe and effective care. This includes communication concerning the prescription/treatment itself, implementation of the prescription/treatment in school, student response to the medication/treatment, and other pertinent issues related to the student's diagnosis, condition, or medication/treatment.

Parent/Legal Guardian Signature

Parent/Legal Guardian (Printed Name)

Today's Date

PART B

Physician to Complete

Current Diagnosis(es): _____

Medication	Purpose	Dosage	Time/Frequency
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____

Conditions & Special Circumstances for use: _____

This student is authorized to self-administer and has been instructed in self-administration of this medication. He/she has the skill, judgment and maturity to self-administer this medication.

Physician Signature

Physician (Printed Name)

Today's Date

Physician Phone Number

PART C: School Nurse to Complete

School Nurse Review of order and procedure with student. Completed satisfactorily: _____
Date of Review

**AUTORIZACIÓN PARA LA AUTOADMINISTRACIÓN DE MEDICAMENTOS PARA
ASMA/ALERGIAS PARA GRADOS K A 12 E INSULINA PARA GRADOS 6-12**

PARTE A

Para que el padre/madre/tutor legal complete

Nombre del estudiante: _____ Fecha nacimiento: _____ Grado/Maestro: _____

El estudiante anteriormente mencionado ha sido instruido en la autoadministración del medicamento, y por medio de la presente doy mi permiso para que él/ella se administre en la escuela, según lo ordenado, los medicamentos indicados en la lista a continuación. Entiendo que es mi responsabilidad proporcionar este medicamento. Reconozco que la escuela no se hace responsable de ninguna lesión que resulte de esta autoadministración de medicamento y acepto eximir y liberar a la escuela, y sus empleados y agentes, de toda responsabilidad en contra de reclamos relacionados con la autoadministración de dicho medicamento.

También reconozco, de acuerdo con la Ley de la Práctica de Enfermería, la necesidad y doy mi permiso para una comunicación adecuada entre la enfermera de la escuela y el médico prescriptor en lo que concierne al medicamento(s)/tratamiento(s) en cuestión para permitirle a la enfermera administrar una atención segura y eficaz. Esto incluye comunicaciones concernientes al medicamento/tratamiento recetado en sí, la implementación de la receta médica/tratamiento en la escuela, la reacción del estudiante al medicamento/tratamiento, y otros asuntos pertinentes relacionados con el diagnóstico, estado o medicamentos/tratamiento del estudiante.

Firma del padre/madre/tutor legal Nombre del padre/madre/tutor legal (Letra de molde) Fecha de hoy

PARTE B

Para que el médico complete

Diagnóstico(s) actual(es): _____

Medicamento	Propósito	Dosis	Hora/Frecuencia
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____

Condiciones y circunstancias especiales para su uso: _____

Este estudiante está autorizado para autoadministrarse y se le ha instruido en la autoadministración de este medicamento. Él/ella tiene la habilidad, juicio y madurez para autoadministrarse este medicamento.

Firma del médico Médico (Nombre en letra de molde) Fecha de hoy

Número de teléfono del médico

PARTE C: Para que la enfermera de la escuela complete

Revisión de la enfermera de la escuela de la orden y el procedimiento con el estudiante. Completado satisfactoriamente: _____

Fecha de la revisión