

PARENT/GUARDIAN AUTHORIZATION FOR ADMINISTRATION OF EPINEPHRINE AUTO INJECTOR AT SCHOOL (Complete one form for each medication.)

Student Name: _____ Date of Birth: _____

School Name: _____ Teacher: _____ Grade: _____

Only those medications that are medically necessary during school hours for a student's attendance or written in an IEP should be sent to school. Children's AISD Student Health Services and AISD require the following:

- Medication is in the original, properly labeled container (name of medicine with strength, dosage and directions; name of prescribing physician who is licensed in Texas; current date).
- Epinephrine Auto Injector must not be expired. **Exp. Date** _____
- Medication label contains the student's first and last name.
- All sharps are to be disposed of in an approved container.

Please complete the following:

Medication Name and Strength	Dosage	Time(s) to be Given at School	Additional Comments

Medication Start Date: _____ Medication Stop Date: _____

- I request that the above medication be given during school hours as ordered by this student's physician. I also request that the medication be given on field trips, as prescribed.
- I give permission for the school nurse to communicate with the student's teachers about the student's health condition(s) and the action(s) of the medication.
- I give permission for trained school personnel to assist the student with Epinephrine Auto Injector.
- My child _____ (circle one) **may/may not** carry the medication home when the school year ends. **Please note: With the exception of inhalers, students in Elementary grades may not carry medications home; all medications must be transferred from adult to adult.**

Parent/Guardian Printed Name _____ Day Phone _____ Home Phone _____

Parent/Guardian Signature _____ Date _____ Relationship to Student _____

IF YOU WANT YOUR CHILD TO CARRY HIS/HER EPINEPHRINE AUTO INJECTOR Children's/ AISD Student Health Services and AISD require the following:

- Written request from parent/ guardian to allow the student to carry the prescribed Epinephrine Auto Injector and use without supervision.
- Permission from the school nurse, after assessing the student's knowledge and ability to safely carry and use the Epinephrine Auto Injector without supervision.
- WRITTEN AUTHORIZATION FROM THE PHYSICIAN (see below).

I request that my child be permitted to carry the prescribed Epinephrine Auto Injector and to use it without supervision.

Parent/Guardian Signature: _____ Date: _____

PHYSICIAN AUTHORIZATION:

- Student is knowledgeable about the Epinephrine Auto Injector and understands how and when to use it safely.
- Student may administer the Epinephrine Auto Injector without supervision.
- Student is not approved to self-medicate.

Physician's Printed Name _____ Office Phone Number _____ Physician's Signature _____ Date _____

Principal or designee notified for self carry: Yes No

Principal/Designee notified of self carry _____yes _____no
Reviewed by RN _____ SHA _____ may/ _____may NOT administer this medication. Date
RN PRINTED Name: _____ RN Signature: _____

IHCP on file: Yes / No

Form in compliance with SB 27.

AUTORIZACIÓN DE PADRES/CUSTODIO PARA LA ADMINISTRACIÓN DE AUTO INYECTOR DE EPINEFRINA EN LA ESCUELA (Complete una forma para cada medicación.)

Nombre del estudiante: _____ Fecha de nacimiento: _____

Nombre de Escuela: _____ Maestro: _____ Grado: _____

Solo las medicaciones que sean médicamente necesarias durante horas de escuela para la asistencia de un estudiante o que estén escritas en un IEP deben enviarse a la escuela. Los Servicios de Salud de niños estudiantes y AISD requieren lo siguiente:

- Que la medicación esté en el recipiente original, debidamente rotulado (nombre de la medicina con potencia, dosis e instrucciones; nombre del médico que la prescribe, que tenga licencia de Texas, fecha actual).
- El auto-inyector de Epinephrine no debe haber expirado. **Fecha de Exp.** _____
- Que el membrete de la medicación contenga el nombre y el apellido del estudiante.
- Todas las finas agujas deben desecharse en un recipiente apropiado.

Favor de completar lo siguiente:

Nombre y potencia de la medicación	Dosis	Hora(s) de darla en la escuela	Comentarios adicionales

Fecha de inicio de la medicación: _____ Fecha de terminación de la medicación: _____

- Pido que la medicación antes citada se dé durante horas de escuela, tal como lo ordenó el médico de este estudiante. Pido también que la medicación se dé en viajes de estudio, tal como está prescrita.
- Doy permiso a la enfermera escolar para que se comunique con los maestros del estudiante, con respecto a la condición(es) de salud del estudiante y la acción(es) de la medicación.
- Doy permiso para que personal escolar capacitado asista al estudiante con el auto-inyector de Epinefrine.
- Mi hijo(a) _____ (ponga uno en un círculo) **puede/no puede** llevarse la medicina a la casa cuando termine el año escolar. **Favor de tomar nota: exceptuados los inhaladores, los estudiantes de grados de primaria no pueden llevarse a casa las medicaciones; toda medicación debe transmitirse de un adulto a otro adulto.**

Nombre impreso de Padres/Custodio legal _____

Teléfono de día _____

Teléfono de casa _____

Firma de Padres/Custodio legal _____

Fecha _____

Relación con el estudiante _____

SI DESEA QUE SU HIJO LLEVE SU AUTO-INYECTOR DE EPINEFRINA Children's Student Health Services / Y AISD requieren lo siguiente:

- Petición escrita de uno de los padres/custodio legal para permitir que el estudiante lleve el auto-inyector prescrito de Epinefrina y su uso, sin supervisión.
- Permiso de la enfermera escolar, después de evaluar el conocimiento y la capacidad del estudiante de de transportar y usar con seguridad el auto-inyector de Epinefrina sin supervisión.
- FORMA DE AUTORIZACIÓN ESCRITA DEL MÉDICO (vea a continuación).

Pido que se permita a mi hijo llevar el auto-inyector de Epinefrina prescrito y usarlo sin supervisión.

Firma de padres/Custodio legal: _____ Fecha: _____

AUTORIZACIÓN DEL MÉDICO:

- El estudiante conoce el auto-inyector de epinefrina y entiende el modo y el momento para usarlo con seguridad.
- El estudiante puede administrar el auto-inyector de Epinefrina sin supervisión.
- El estudianteis no está aprobado para auto-medicarse.

Nombre impreso del médico _____

Teléfono de su oficina _____

Firma del médico _____

Fecha _____

Director o su designado, notificado de que el estudiante puede portar la medicación: Sí No

Director/Designado notificado de que el estudiante lleva la medicación _____ sí _____ no

Revisado por RN _____ SHA _____ puede/ _____ NO puede administrar esta medicación.

Fecha _____

RN Nombre IMPRESO: _____ RN Firma: _____

IHCP on file: Yes / No

Form in compliance with SB 27.