

# LONG COUNTY SCHOOL HEALTH SERVICES

## AUTHORIZATION FOR STUDENTS TO CARRY A PRESCRIPTION INHALER, EPINEPHRINE AUTO INJECTOR, INSULIN, AND DIABETIC SUPPLIES, OR OTHER APPROVED MEDICATION

\_\_\_\_\_ needs to carry the following prescription labeled inhaler, epinephrine auto injector, insulin, and diabetic supplies, and/or \_\_\_\_\_ prescription medication with him/her while at school. The above-named student has been instructed in the proper use of the medication and fully understands how to administer this medication.

***It is preferable that a second prescription inhaler, epinephrine auto injector, additional insulin, and diabetic supplies or other prescribed medication be kept in the school in case the first is lost or left at home.***

\_\_\_\_\_  
Medication Name

\_\_\_\_\_  
Dosage & Directions

\_\_\_\_\_  
Physician's Signature

\_\_\_\_\_  
Date

\_\_\_\_\_  
Physician's Printed Name

\_\_\_\_\_  
Phone

\_\_\_\_\_  
Address

\_\_\_\_\_  
Fax

I have been instructed in the proper use of my prescription labeled medication and fully understand how to administer this medication. I will not allow another student to use my medication under any circumstances. I also understand that should another student use my prescription, the privilege of carrying my medication may be revoked. I also accept the responsibility for notifying the School Nurse each time I take my medication and if not feeling well while at school.

\_\_\_\_\_  
Student's Signature

\_\_\_\_\_  
Date

I hereby request that the above-named student, over whom I have legal control, be allowed to carry and use this prescribed medication described above while at school:

- I accept legal responsibility should the medication be lost, given to, or taken by another person other than the above-named student.
- I understand that if this should happen, the privilege of carrying the medication may be revoked.
- I release the Long County School System and its employees of any legal responsibility when the above-named student administers his/her own medication.

\_\_\_\_\_  
Parent/Guardian Signature

\_\_\_\_\_  
Date

**AUTORIZACIÓN PARA QUE LOS ESTUDIANTES PUEDAN LLEVAR CONSIGO UN INHALADOR RECETADO, AUTOINYECTOR DE EPINEFRINA, INSULINA Y SUMINISTROS PARA DIABÉTICOS U OTRO MEDICAMENTOS APROBADOS**

\_\_\_\_\_ necesita llevar consigo las siguientes prescripciones médicas: inhalador, autoinyector de epinefrina, insulina y suministros para diabéticos y/o \_\_\_\_\_ medicamentos recetados. El estudiante arriba mencionado ha sido instruido en el uso adecuado del medicamento y entiende perfectamente cómo administrar este medicamento.

*Es preferible que una segunda receta de inhalador, autoinyector de epinefrina, insulina adicional y suministros para diabéticos u otro medicamento recetado se mantenga en la escuela en caso de que el primero se pierda o se deje en casa.*

**Nombre del Medicamento:** \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
*Nombre del Médico*

\_\_\_\_\_  
*Fecha*

\_\_\_\_\_  
*Dirección del Médico*

\_\_\_\_\_  
*Teléfono*

\_\_\_\_\_  
*Firma del Médico*

\_\_\_\_\_  
*Fecha*

He recibido instrucciones sobre el uso apropiado de mis medicamentos con prescripción médica y entiendo perfectamente cómo se administran. Bajo ninguna circunstancia permitiré que otro estudiante use mis medicamentos. También entiendo que si otro estudiante usara mi receta médica, el privilegio de portar más medicamentos puede ser modificado. También acepto la responsabilidad de notificar a la enfermera de la escuela cada vez que tome mis medicamentos.

\_\_\_\_\_  
*Firma del Estudiante*

\_\_\_\_\_  
*Fecha*

Por la presente, solicito que al estudiante arriba mencionado, sobre el cual tengo custodia legal, se le permita llevar consigo y usar en la escuela este medicamento recetado:

- Yo acepto la responsabilidad legal si el medicamento se perdiera, se le diera o fuera tomado por otra persona que no fuera el estudiante arriba mencionado.
- Yo entiendo que si esto sucediera, el privilegio de llevar consigo el medicamento puede ser modificado.
- Yo libero al Sistema Escolar del Condado de Hall y a sus empleados de cualquier responsabilidad legal cuando el estudiante arriba mencionado se administre su propio medicamento.

\_\_\_\_\_  
*Firma del Padre/Tutor*

\_\_\_\_\_  
*Fecha*