

School Year \_\_\_\_\_

**School Medication Authorization Form**

*To be completed by the student's parent(s)/guardian(s). A new form must be completed every school year.*

Student: \_\_\_\_\_ Birthdate: \_\_\_\_\_

Address: \_\_\_\_\_ Phone: \_\_\_\_\_

School: \_\_\_\_\_ Grade: \_\_\_\_\_

Emergency Information-Name: \_\_\_\_\_ Phone: \_\_\_\_\_

I, \_\_\_\_\_ parent or guardian of \_\_\_\_\_ hereby authorize East Aurora School District 131 and its employees and agents, on my behalf and in my stead, to administer to my child while under the supervision of the employees and agents of the school district lawfully prescribed medication in the manner described below. I authorize and request 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 while in before-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 the willful and wanton conduct, as a result of injury arising from a student's self-administration of medication or epinephrine auto-injector (105 ILCS 5/22-30). I further acknowledge and agree that, when the lawfully prescribed medication is so administered, I waive and /all claims I might have against the school district, its employees and agents arising out of the administration of said medication except for willful and wanton misconduct. In addition, I agree to indemnify and hold harmless the school district, its employees and agents, either jointly or severally from and against any and all claims, damages, causes of action or injuries, including reasonable attorney's fees and costs expended in defense thereof, incurred or resulting from the administration of said medication.

**My child understands the need for medication and the correct use of his/her Inhaler / EpiPen (Circle appropriate type) and may carry it with him/her during the school day.**

YES \_\_\_\_\_ NO \_\_\_\_\_

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

\_\_\_\_\_  
Date

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

\_\_\_\_\_  
Date

Both parents or guardians, if available, should sign.

**TO BE COMPLETED BY THE STUDENT'S PHYSICIAN**

Name of Medication: \_\_\_\_\_ Dosage: \_\_\_\_\_ Time: \_\_\_\_\_

Duration of Administration: \_\_\_\_\_

Type of Disease or Illness: \_\_\_\_\_

Must this medication be administered during the school day in order to allow the child to attend school?

YES \_\_\_\_\_ NO \_\_\_\_\_ Are there any side effects to the medication? YES \_\_\_\_\_ NO \_\_\_\_\_

If YES, please specify: \_\_\_\_\_

Students demonstrates EpiPen administration competency and may carry his/her EpiPen during the school day. YES \_\_\_\_\_ NO \_\_\_\_\_

Doctor's Name: (Print) \_\_\_\_\_ Signature: \_\_\_\_\_

Address: \_\_\_\_\_ Date: \_\_\_\_\_

Telephone Number: \_\_\_\_\_ Emergency Number: \_\_\_\_\_

**FORMULARIO DE AUTORIZACIÓN PARA LA MEDICACIÓN EN LA ESCUELA**

*Para ser llenado por el padre(s) o tutor(es) del estudiante. Se deberá llenar un nuevo formulario cada año escolar.*

Estudiante: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_

Domicilio: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

Escuela: \_\_\_\_\_ Grado: \_\_\_\_\_

Información de emergencia-Nombre: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

Yo, \_\_\_\_\_ padre o tutor de \_\_\_\_\_

Por medio de la presente autorizo al Distrito 131 de Escuelas Públicas del Este de Aurora, a sus empleados y a sus representantes para que en mi nombre y en mi lugar, le administren a mi hijo(a) o le permitan a mi hijo(a) auto-administrarse medicamentos legalmente recetados de la manera descrita abajo. Yo solicito y autorizo al Distrito Escolar y a sus empleados o representantes, que le permitan a mi hijo(a) o pupilo de poseer y usar su medicamento para el asma y/o epinefrina auto inyectable: (1) en la escuela, (2) en la actividades auspiciadas por la escuela, (3) bajo la supervisión de personal escolar, o (4) antes o después de las actividades normales escolares, tales como en la escuela o bajo el cuidado de personal después se la escuela, en la propiedad escolar.

Las leyes en Illinois requieren que el Distrito Escolar informe a los padres o tutores que este, y sus empleados y agents, no incurrirán en responsabilidad, a excepción de la conducta deliberada y arbitraria, como resultado de cualquier daño derivado de la auto administración de la medicina de un estudiante o de la epinefrina auto inyectable (105 ILCS 5/22-30). Además reconozco y estoy de acuerdo que, cuando el medicamento prescrito es legalmente administrado, yo renuncio a cualquier/todos los reclamos que pudiera tener en contra del distrito escolar, sus empleados y representantes a consecuencia de la administración de dichos medicamentos a excepción de una conducta arbitraria y delberada. Asimismo, estoy de acuerdo en indemnizar, ya sea conjuntamente o por separado, al Distrito Escolar, a sus empleados y sus representantes, por todos los reclamos y daños, por los derechos de acción o perjuicios y pagar incluso los honorarios razonables de abogado y los costos de defense que como resultado de la auto-administración del medicamentos o de la administración de dichos medicamentos para el estudiante.

**Mi hijo(a) entiende la necesidad de su medicamento y el correcto uso para él o ella.**

**Inhalador / EpiPen (marquw concirculo el apropiado) y podría tenerlo consigo mismo durante el día escolar.**

Si \_\_\_\_\_ NO \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Firma de uno de los padres

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Firma de uno de los padres

\_\_\_\_\_  
Fecha

**Ambos padres o tutores deberán firmar, si estuvieran disponibles**

**PARA SER LLENADO POR EL MEDICO TRATANTE DEL ESTUDIANTE**

Nombre del medicamento: \_\_\_\_\_ Dosis: \_\_\_\_\_ Hora: \_\_\_\_\_

Duración de la adminstración: \_\_\_\_\_

Tipo de enfermedad o malestar: \_\_\_\_\_

**¿Se debe administrar este medicamento Durante el dia escolar para poder permitir al estudiante que asista a la escuela?**

Si \_\_\_\_\_ NO \_\_\_\_\_      **¿Este medicamento tiene efectos secundarios? YES \_\_\_\_\_ NO \_\_\_\_\_**

**Si la respuesta es SI, por favor especifique:** \_\_\_\_\_

**Los estudiantes demuestran conocimeitno en la administración de EpiPen y podrían llevarlo con ellos durante el día escolar. Si \_\_\_\_\_ NO \_\_\_\_\_**

Nombre del Doctor: (Letra imprenta por favor) \_\_\_\_\_ Firma del Doctor: \_\_\_\_\_

Dlrección: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Numero de teléfono: \_\_\_\_\_ Numero de teléfono por emergencia: \_\_\_\_\_