

Student I.D. # _____
 Numero de Identificación del Estudiante _____

Date Received: _____
 Recibido el Día _____

Nurse Reviewed: _____
 Revisado por Enfermera _____

Permission Form to Administer Medications

Forma de Permiso para Administrar Medicamentos

Township High School District 113

☐ **Deerfield High School**
 1959 N. Waukegan Rd. Deerfield, IL 60015
 Phone: 224/632/3200; Fax: 224/632/3206
 Teléfono Fax

☐ **Highland Park High School**
 433 Vine Ave. Highland Park, IL 60035
 Phone: 224/765/2200; Fax: 224/765/2708
 Teléfono Fax

All Medication Must Be Properly Labeled

Todo medicamento debe estar etiquetado adecuadamente

Student Name: _____ Date of Birth: _____ Fr. So. Jr. Sr.
 Nombre del Estudiante Last First Fecha de Nacimiento 9 10 11 12 (grado)
 Apellido Primer Nombre

Start Date _____ Discontinuation Date: _____
 Fecha de Comienzo Fecha de Descontinuación

Diagnosis/Reason _____
 Diagnóstico/Razón

Medication: _____
 Medicamento

Daily: _____ PRN: _____ Emergency: _____
 Diario Cuando sea necesario Emergencia

1. Strength: _____ Dosage: _____ Frequency: _____ Time: _____
 Potencia Dosis Frecuencia Hora

2. Route of administering: _____
 Forma de administrar

3. Side effects student should be observed for: _____
 Efectos secundarios por los cuales el estudiante debe tenerse en observación

4. Other medication student is receiving: _____
 Otros medicamentos que el estudiante recibe

I hereby request and grant permission for Township High School District 113 school nurse or any registered nurse approved by the District, or in the case of an emergency, another staff member, administer medication to my student according to the above instructions. I further waive any claims against the School District, members of the Board of Education, its employees, and agents arising out of the storage, administration, or self-administration of said medication, and agree to hold harmless and indemnify the School District, the members of the Board of Education, its employees and agents, either jointly or severally, from and against any and all liability, claims, demands, damages, or causes of action or injuries, costs, and expenses, including attorneys' fees, resulting from or arising out of the administration or self-administration of medication, except for willful and wanton conduct. (este párrafo esta en español en la parte posterior)

For Asthma Medication/Epinephrine Auto-Injectors/Diabetes Medication* Only: I consent to my students possession and unsupervised self-administration of (circle applicable medication) asthma medication/epinephrine auto-injectors/diabetes medication: _____yes _____ no. (este párrafo esta en español en la parte posterior)

** A student must be authorized to self-administer insulin in accordance with the student's individual health care plan, Section 504 plan, or diabetes care plan. (este párrafo esta en español en la parte posterior)*

 Parent/ Guardian signature
 Firma del Padre/Tutor

 Physician's signature
 Firma del médico

 Emergency # of Parent/Guardian
 No. de Emergencia del Padre/Tutor

 Address/Phone
 Dirección/Teléfono

 Date
 Fecha

 Date
 Fecha

Medication cannot be given unless this form is completed in its entirety and signed by physician and parent/guardian*

El medicamento no puede ser dado a menos que esta forma sea llenada en su totalidad y firmada por el médico y el padre/madre/tutor

**Physician signature is not required for a student's self-administration of asthma inhalers.*

**La firma del médico no es requerida para la auto-administración de inhaladores de asma de un estudiante.*

Student's Name: _____
Nombre del Estudiante

Student I.D. #: _____
Número de Identificación del Estudiante

Por la presente solicito y concedo permiso a Township High School District 113 para que la enfermera de la escuela o cualquier enfermera registrada aprobada por el Distrito, o en el caso de una emergencia, otro miembro del personal, le administre medicamento a mi estudiante de acuerdo con las instrucciones anteriores. También renuncio a cualquier demanda contra el Distrito Escolar, los miembros de la Junta Educativa, sus empleados, y agentes, que surjan del almacenamiento, administración, o de auto-administración de dicho medicamento, y acepto mantener indemne e indemnizar al Distrito Escolar, los miembros de la Junta Educativa, sus empleados y agentes, ya sea en conjunto o separadamente, de y contra de cualquier y toda responsabilidad, reclamos, demandas, daños, o causas de acción o de lesiones, costos, y gastos, incluyendo honorarios de abogados, como resultado de o que surjan de la administración o la auto-administración de medicamento, a excepción de la conducta deliberada e injustificable.

Para Medicamento de Asma/ Auto inyectores de Epinefrina/Medicamento de Diabetes* Solamente: Le doy mi consentimiento a mi estudiante de poseer y auto-administrarse sin supervisión de (ponga un círculo al medicamento aplicable) medicamento de asma/auto inyectores de epinefrina/medicamento de diabetes: ____ si ____ no.

**El estudiante debe estar autorizado para auto-administrarse insulina de acuerdo con el plan individual de salud del estudiante, plan de la Sección 504, o un plan de cuidado de la diabetes.*

DIST. 113 SCHOOL NURSE USE ONLY

Solamente para Uso de la Enfermera del Distrito 113

Date: _____
Fecha

Name of Medication: _____
Nombre del Medicamento

Dosage: _____
Dosis

of Pills/Capsules: _____
Cantidad de Pastillas/Capsulas

Notes/Comments: _____
Notas/Comentarios

District 113 Nurse's Signature
Firma de la Enfermera del Distrito 113

Parent/Guardian Signature
Firma del Padre/Tutor

Date: _____
Fecha

Name of Medication: _____
Nombre del Medicamento

Dosage: _____
Dosis

of Pills/Capsules: _____
Cantidad de Pastillas/Capsulas

Notes/Comments: _____
Notas/Comentarios

District 113 Nurse's Signature
Firma de la Enfermera del Distrito 113

Parent/Guardian Signature
Firma del Padre/Tutor

Date: _____
Fecha

Name of Medication: _____
Nombre del Medicamento

Dosage: _____
Dosis

of Pills/Capsules: _____
Cantidad de Pastillas/Capsulas

Notes/Comments: _____
Notas/Comentarios

District 113 Nurse's Signature
Firma de la Enfermera del Distrito 113

Parent/Guardian Signature
Firma del Padre/Tutor