

Distrito No. 105 Forma 7270

**SERVICIOS DE SALUD**

La Grange, IL

- GURRIE
- HODGKINS
- IDEAL
- SEVENTH AVENUE
- SPRING AVENUE

**La Grange Distrito Escolar 105**

**NÚMEROS DE FAX**

GURRIE: (708) 482-2724 HODGKINS (708) 482-2728  
 IDEAL (708) 482-2729 SEVENTH AVENUE (708) 482-2726  
 SPRING AVENUE 708) 482-2725

Grado / Maestro \_\_\_\_\_

Año Escolar \_\_\_\_\_

**SCHOOL MEDICATION AUTHORIZATION FORM**

Student's Name: \_\_\_\_\_

Birth Date: \_\_\_\_\_

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

Home Phone: \_\_\_\_\_ Cell Phone: \_\_\_\_\_ Emergency Phone: \_\_\_\_\_

**TO BE COMPLETED BY STUDENT'S PHYSICIAN, PHYSICIAN'S ASSISTANT WITH PRESCRIPTIVE AUTHORITY, OR ADVANCE PRACTICE RN WITH PRESCRIPTIVE AUTHORITY. (NOTE-FOR ASTHMA INHALERS WITH PRESCRIPTION LABEL ONLY-USE THE ASTHMA INHALERS SECTION BELOW).**

**A NEW FORM MUST BE COMPLETED EVERY SCHOOL YEAR. KEEP IN SCHOOL NURSE'S OFFICE.**

Is it necessary for this medication to be administered during the school day (circle one): Yes No

Diagnosis Requiring Medication \_\_\_\_\_

MEDICATION NAME	DOSAGE	FREQUENCY	TIME MEDICATION IS TO BE ADMINISTERED OR UNDER WHAT CIRCUMSTANCES	PURPOSE	EXPECTED SIDE EFFECTS, IF ANY

\_\_\_\_\_ This student has been instructed in the self-administration of the above **asthma or epi-injector** medication and knows the  
 Prescriber's Initials circumstances under which to use the medication. Student must carry the medication during school. **Note: It is strongly recommended that an extra inhaler or epi-injector be kept in the school nursing office.**

Prescription Date: \_\_\_\_\_ Order Date: \_\_\_\_\_ Discontinuation Date: \_\_\_\_\_

Time Interval for Re-Evaluation: \_\_\_\_\_

Other Medications Student Is Receiving: \_\_\_\_\_

DATE

PRESCRIBER'S SIGNATURE

PRINTED NAME OF PRESCRIBER

OFFICE ADDRESS

OFFICE PHONE & EMERGENCY TELEPHONE NUMBER (IF DIFFERENT)

**APPROVED:**

\_\_\_\_\_  
School Nurse

\_\_\_\_\_  
Date

**(OVER)**

Distrito No. 105 Forma 7270

**SERVICIOS DE SALUD**

La Grange, IL

- GURRIE
- HODGKINS
- IDEAL
- SEVENTH AVENUE
- SPRING AVENUE

**La Grange Distrito Escolar 105**

**NÚMEROS DE FAX**

GURRIE: (708) 482-2724 HODGKINS (708) 482-2728  
 IDEAL (708) 482-2729 SEVENTH AVENUE (708) 482-2726  
 SPRING AVENUE (708) 482-2725

Grado / Maestro \_\_\_\_\_

Año Escolar \_\_\_\_\_

**(PARA SER COMPLETADO POR LOS PADRES O GUARDIANES LEGALES)**

**Inhaladores para Asma**

*Padre(s)/Guardián(s) legales por favor adjunte la etiqueta de la prescripción médica aquí:*

*Únicamente para padres / Guardianes legales de estudiantes que necesitan tener consigo y usar sus medicamentos para el asma o un inyector de epinefrina: Autorizo al Distrito Escolar 105 y sus empleados y agentes, a permitir que mi hijo lleve consigo y se administre a sí mismo su medicamento para el asma y/o inyector de epinefrina: (1) mientras está en la escuela, (2) mientras está en una actividad patrocinada por la escuela, (3) mientras está bajo la supervisión de empleados escolares, o (4) antes o después de las actividades escolares normales, como durante el cuidado antes o después de la escuela en la propiedad operada por la escuela. La ley de Illinois requiere que el Distrito Escolar informe a los padres / Guardianes legales que ellos, y sus empleados y agentes, no incurrir en ninguna responsabilidad, excepto por una conducta intencional y deliberada, como resultado de cualquier lesión derivada de la posesión y autoadministración por parte del estudiante de medicamentos para el asma o inyector de epinefrina 105 ILCS 5 / 22-30. Modificado por P.A.s 100-726 y 100-799. ef. 1-1-19.*

*Por favor escriba sus Iniciales para indicar: (a) que ha recibido esta información y (b) la autorización para que su hijo lleve consigo y use su medicamento para el asma o el inyector de epinefrina*

\_\_\_\_\_  
 Iniciales del Padre/Guardián

***Para todos los padres/guardianes legales:***

Al firmar a continuación, acepto que soy el principal responsable de administrar medicamentos a mi hijo. Sin embargo, en caso de que no pueda hacerlo o en caso de una emergencia médica, autorizo al Distrito Escolar 105 y sus empleados y agentes, en mi nombre, a administrar o intentar administrar a mi hijo (o para permitir que mi hijo se auto-administre de conformidad con la ley estatal, bajo la supervisión de los empleados y agentes del Distrito Escolar 105), medicamentos recetados legalmente de la manera descrita anteriormente. Esto incluye la administración de inyectores de epinefrina o medicamentos para el asma cuando de buena fe se estime que mi hijo está teniendo una reacción anafiláctica o dificultad respiratoria, ya sea que esas reacciones sean o no de mi conocimiento. 105 ILCS 5 / 22-30, modificado por P.A.s 99-480 y ambos 100-726 y 100-799. ef. 1-1-19. Reconozco que se realizará una llamada EMS / 911 requerida si mi hijo(a) requiere la administración de un inyector de epinefrina de emergencia o un medicamento para el asma no programado. El distrito escolar, sus empleados y agentes, y/o médico(s) / individuo(s) con autoridad de prescribir proporcionada por el protocolo permanente y la prescripción para el suministro del Distrito de inyectores de epinefrina no programados/ de emergencia y medicamentos para el asma no programados / de emergencia, están protegidos de responsabilidad, a excepción de una conducta intencional o deliberada derivada del uso de un inyector de epinefrina no programado o medicamento para el asma no programado, independientemente de si una autorización fue otorgada por el estudiante, padre/guardián o médico del estudiante. Además, el padre/guardián legal del estudiante debe desagraviar y eximir de responsabilidad al distrito escolar y a sus empleados y agentes, contra cualquier reclamo, excepto un reclamo basado en una conducta intencional y deliberada, que surja de la administración de un inyector de epinefrina o medicamento para el asma independientemente de si la autorización fue otorgada por el padre/guardián legal del estudiante o por el médico, el asistente del médico o la enfermera registrada de práctica avanzada. **Reconozco que puede ser necesario que la administración de medicamentos a mi hijo sea realizada por un individuo que no sea una enfermera de la escuela y doy específicamente mi consentimiento para tales prácticas** y acepto desagravia y eximir de responsabilidad al Distrito Escolar 105 y a sus empleados y agentes contra cualquier reclamo, excepto un reclamo basado en una conducta intencional y deliberada, que surja de la administración o la autoadministración de medicamentos al niño

\_\_\_\_\_  
**Nombre del Padre/Guardián Legal (en letra imprenta)**

**Dirección (de ser diferente a la anterior del estudiante):** \_\_\_\_\_

**Teléfono Casa:** \_\_\_\_\_ **Teléfono celular:** \_\_\_\_\_ **Teléfono de Emergencia:** \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
**Firma del Padre/Guardián Legal**

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