

Permission Form to Administer Medications

Forma de Permiso para Administrar Medicamentos

R14

Township High School District 113

All Medication Must be Properly Labeled

Todo medicamento debe estar etiquetado adecuadamente

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

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

Health Services stocks the Over the Counter medications below. Please provide medication if your student requires a different form than tablets. Services de Salud almacena los medicamentos sin receta a continuación. Por favor provea el medicamento si su estudiante requiere una forma diferente a las tabletas.

- Ibuprofen (Advil) 200 mg, 1-2 tabs, every 6 hours, as needed** Ibuprofeno (Advil) 200 mg, 1-2 tabletas, cada 6 horas, según sea necesario
- Acetaminophen (Tylenol) 325 mg, 1-2 tabs, every 4-6 hours, as needed** Acetaminofén (Tylenol) 325 mg, 1-2 tabletas, cada 4-6 horas, según sea necesario
- Acetaminophen Extra Strength (Tylenol Extra Strength) 500 mg, 1-2 tabs, every 6 hours, as needed** Acetaminofén Extra Strength (Tylenol Extra Strength) 500 mg, 1-2 tabletas, cada 6 horas, según sea necesario
- Diphenhydramine(Benadryl) 25 mg 1-2 tabs, every 4-6 hours, as needed** Difenhidramina (Benadryl) 25 mg, 1-2 tabletas, cada 4-6 horas, según sea necesario

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 está en español en la parte posterior)

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

Parent/ Guardian signature
Firma del Padre/Tutor

Licensed Prescriber signature
Firma del Prescriptor con Licencia

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 the licensed prescriber and parent/guardian
El medicamento no puede ser dado a menos que esta forma sea llenada en su totalidad y firmada por el prescriptor con licencia y el padre/tutor

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

*La firma del prescriptor con licencia 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

R14

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 aceptó 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: ____ sí ____ 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.*