



Student Name: _____ Date of Birth: _____ School: _____ School Year: _____

	Diagnosis	Medication Name Right Medication	Dosage Right Amount	How to Give Right Route	When to Give Right Time
DAILY <input type="checkbox"/> PRN <input type="checkbox"/>	Diagnosis <input type="checkbox"/> _____ <input type="checkbox"/> _____				
Allergy	List of Allergens:	<input type="checkbox"/> Diphenhydramine (Benadryl) <input type="checkbox"/> Other _____	<input type="checkbox"/> Dose	<input type="checkbox"/> By Mouth <input type="checkbox"/> Other _____	<input type="checkbox"/> Upon Exposure <input type="checkbox"/> Mild Reaction
		<input type="checkbox"/> Epinephrine Auto-Injector	<input type="checkbox"/> 0.15 mg <input type="checkbox"/> 0.3 mg	Intramuscular (IM) Injection	<input type="checkbox"/> Upon Exposure <input type="checkbox"/> Severe Reaction <input type="checkbox"/> If provided, repeat does after _____ minutes if symptoms continue
Asthma	Green Zone Exercise Induced	<input type="checkbox"/> Albuterol _____ <input type="checkbox"/> Other _____	<input type="checkbox"/> 2 puffs <input type="checkbox"/> 1 ampule/vial <input type="checkbox"/> Other _____	<input type="checkbox"/> Inhaled (use spacer if provided) <input type="checkbox"/> Nebulizer	<input type="checkbox"/> DAILY before exercise <input type="checkbox"/> AS NEEDED before exercise <input type="checkbox"/> Other _____
	Yellow Zone	<input type="checkbox"/> Albuterol _____ <input type="checkbox"/> Other _____	<input type="checkbox"/> 2 puffs <input type="checkbox"/> 4 puffs <input type="checkbox"/> 1 ampule/vial <input type="checkbox"/> Other _____	<input type="checkbox"/> Inhaled (use spacer if provided) <input type="checkbox"/> Nebulizer	<input type="checkbox"/> Every 4 hours as needed <input type="checkbox"/> Other _____
	Red Zone CALL 911	<input type="checkbox"/> Albuterol _____ <input type="checkbox"/> Other _____	CALL 911 <input type="checkbox"/> 4 puffs <input type="checkbox"/> 1 ampule/vial <input type="checkbox"/> Other _____	<input type="checkbox"/> Inhaled (use spacer if provided) <input type="checkbox"/> Nebulizer	For Emergency Symptoms
	Other Asthma Medications (EX: Symbicort, Dulera, etc.)	<input type="checkbox"/> _____ <input type="checkbox"/> _____ <input type="checkbox"/> _____ <input type="checkbox"/> with Spacer	Please complete with specific numbers of puffs and minutes - - no ranges <input type="checkbox"/> Exercise: _____puff(s) inhaled before exercise as needed to prevent symptoms <input type="checkbox"/> Yellow Zone: _____puff(s) inhaled every _____minutes for cough/wheeze/shortness of breath, up to _____puffs. Call parent/guardian if symptoms have not improved after _____puffs. <input type="checkbox"/> Red Zone: CALL 911 - _____puff(s) inhaled every _____minutes up to _____puffs		
	Diabetes	<input type="checkbox"/> Glucagon <input type="checkbox"/> GVoke <input type="checkbox"/> Baqsimi <input type="checkbox"/> Other _____	<input type="checkbox"/> Dose	<input type="checkbox"/> Subcutaneous SQ <input type="checkbox"/> Intramuscular IM <input type="checkbox"/> Nasal Spray <input type="checkbox"/> Other _____	If student becomes unconscious
	Seizure	<input type="checkbox"/> Diastat <input type="checkbox"/> Valtoco <input type="checkbox"/> Nayzilam <input type="checkbox"/> Other _____	<input type="checkbox"/> Dose	<input type="checkbox"/> Rectal Gel <input type="checkbox"/> Nasal Spray <input type="checkbox"/> Other _____	<input type="checkbox"/> Seizure Onset <input type="checkbox"/> After 5 minutes <input type="checkbox"/> After _____minutes <input type="checkbox"/> Other _____
Physician's Printed Name:		Physician's Tel:		Date:	MD Stamp:
Physician's Signature:		Fax:		Nurse Review/Signature/Date: _____	



Student Name: _____

Date of Birth: _____

School: _____

School Year: _____

Debe ser completado por el padre/tutor legal

Yo entiendo que:

- El personal no médico realiza la administración de los medicamentos.
- Es mi responsabilidad que un adulto transporte el medicamento a la escuela.
- Si no hay medicamentos disponibles en la escuela, se llamará al 911 en caso de emergencias.
- Si mi hijo participa en actividades/deportes de DPS, antes o después de la escuela, asumiré la responsabilidad de comunicarme con el asesor/entrenador para informarle de la condición médica de mi hijo. Proporcionaré medicamentos de emergencia adicionales que puedan ser necesarios durante la actividad. Puedo comunicarme con la enfermera de la escuela si se necesita ayuda para instruir al asesor en un procedimiento médico o si se necesita compartir una copia de la información con dicho asesor.

Solicito que:

- A mi hijo se le administre el medicamento según lo indicado en la orden del médico.
- Si se ordena una inyección de emergencia, doy permiso para que la enfermera de la escuela instruya al personal designado sobre la técnica de administración.

Yo autorizo:

La divulgación e intercambio de información médica entre el médico de mi hijo, la enfermera de la escuela y el sistema de las Escuelas Públicas de Durham (DPS) que sea necesaria para llevar a cabo los servicios para mi hijo.

Por la presente doy mi permiso para que mi hijo reciba medicamentos durante el horario escolar. Este medicamento ha sido recetado por un médico con licencia.

Por la presente libero a la Junta de Educación y a sus agentes y empleados de toda responsabilidad que pueda resultar producto de que mi hijo tome la medicación prescrita.

Nombre impreso del padre/tutor legal: _____ Firma del padre/tutor legal: _____ FECHA: _____ Teléfono: _____

Student Self-Carry and Self-Administration of Medication/ Porte y autoadministración del medicamento del estudiante

To be completed by Physician/ Debe ser completado por el médico

The student must have the medication(s) listed on the reverse side of this form during the school day or at school sponsored events in order to function. **Adult Supervision is NOT needed.** The student has been instructed in the treatment plan and self-administration of the listed medication(s) and has demonstrated the skill level necessary to self-administer medications for:

- Asthma Severe Allergy Insulin Other _____

For Epinephrine Auto Injector Only:

In the event the student is experiencing respiratory difficulty and is unable to administer the Epinephrine Auto Injector, the school nurse will train designated school staff to administer the Epinephrine Auto Injector and call 911.

Physician Printed Name: _____

Physician Signature: _____ Date: _____

To be completed by Student at School:

- I have demonstrated use of my medication for the school staff listed
- I plan to keep my medication and equipment with me at school.
- I will use my medication as advised by my physician.
- I will not allow any other person to use my medication.
- I will notify a school staff member if I am having more difficulty than usual with my medication.

Student Signature _____ Date: _____

Debe ser completado por el padre/tutor legal:

Solicito y doy permiso para que mi hijo lleve y administre el medicamento indicado en el reverso de este formulario, durante la jornada escolar, en las actividades patrocinadas por la escuela o mientras esté en tránsito hacia o desde la escuela. No se requiere la supervisión de un adulto.

Yo entiendo que:

- Proporcionaré medicamentos de reserva a la escuela (además de los que llevará el alumno) que serán guardados en la escuela.
- Mi hijo deberá demostrar la habilidad necesaria para utilizar el medicamento de autoadministración de emergencia al personal escolar capacitado por la enfermera de la escuela.
- Mi hijo estará sujeto a medidas disciplinarias si se utiliza el medicamento de forma distinta a la prescrita.

Sólo para el autoinyector de epinefrina:

En caso de que el alumno tenga dificultades respiratorias y no pueda administrarse el autoinyector de epinefrina recetado por el médico, un miembro del personal capacitado de la escuela podrá administrar el autoinyector de epinefrina y llamar al 911. He observado a mi hijo demostrar la habilidad necesaria para aplicar el plan de atención prescrito por su proveedor/a de atención médica.

Firma del padre/tutor legal: _____ Fecha: _____

To be completed by School Nurse:

I have observed the student indicated above verbalize and demonstrate the skill level necessary to use the medication prescribed by the above physician.

Nurse Signature _____ Date: _____

- Inhaler Epinephrine Auto Injector Other: _____