

Epinephrine Auto Injector MEDICATION FORM



Estimado padre de familia, tutor o encargado:

El Código de Educación de California en su artículo 49423, estipula que los estudiantes que tienen que tomar medicamentos prescritos o sin receta médica durante las horas de clase **SOLAMENTE PUEDEN** ser asistidos por el personal de la escuela, si el Distrito Escolar recibe una declaración específica por escrito del proveedor de la atención médica **Y** del padre de familia, tutor o encargado del estudiante. **Por favor, complete totalmente este formulario y entrégueselo al Director.**

P l e a s e p r i n t l e g i b l y i n a l l s e c t i o n s

| | | | |
|--------------------|-------|--------|--------------------------------|
| Student Name: Last | First | Middle | Date of Birth (Month/Day/Year) |
|--------------------|-------|--------|--------------------------------|

HEALTH CARE PROVIDER SECTION

| | |
|---|---|
| <p>Health Condition for which medication is prescribed: Severe Allergic Reaction to the following:</p> | <p>Medication: Please circle EpiPen EpiPen Jr.</p> |
| <p>Symptom of Severe Allergic Reaction include: Mouth: itching, swelling of lips/tongue Throat*: itching, tightness/closure, hoarseness Skin: itching, hives, redness, swelling Gut: vomiting, diarrhea, cramps Lung*: shortness of breath, cough, wheeze Heart*: weak pulse, dizzy, passing out *can be life-threatening</p> | <p>Dose: <input type="checkbox"/> 0.15 mg <input type="checkbox"/> 0.3 mg</p> <p>Other Epinephrine Auto-Injector: _____</p> <p>Dose: _____</p> <p>Frequency: _____</p> |
| <p>Medication Route: Injection to outer thigh</p> | <p>Time medication to be given at school? As needed</p> |
| <p>The medication is to be given: -If suspicion of exposure to the source of allergy AND at least one symptom -Any life-threatening symptom</p> | <p>Any precautions that school personnel need to know? Contraindications?</p> |
| <p>What are possible side effects of the medication? Increased heart rate, dizziness, shakiness, paleness, weakness, anxiety, headache</p> | <p>What should be done after administering Epinephrine? Call 911 after administering medication and give used auto-injector to paramedics to bring to ER with student</p> |
| <p>Check appropriate boxes below: <input type="checkbox"/> I authorize this student to <u>self-administer</u> the above medication. <input type="checkbox"/> I authorize designated school personnel to administer the above medication.</p> | |
| <p>Print name, address & phone number of Health Care Provider</p> | <p>Signature of Health Care Provider Date</p> |

SECCIÓN QUE LE CORRESPONDE AL PADRE DE FAMILIA, TUTOR O ENCARGADO

| | | |
|---|--|-----------------------------|
| Nombre del padre de familia/tutor/encargado | Idioma del hogar | Teléfono durante el día () |
| Dirección – Número y Calle | No. del Apto. Ciudad Zona Postal | Teléfono por la tarde () |
| Escuela | Guardería / Primaria / Intermedia / Secundaria | Horas de la escuela |

Marque la casilla que corresponda:

- Autorizo a mi hijo/a a que se suministre el medicamento que se menciona en la sección de arriba.
- Autorizo al personal de la escuela para que le administre a mi hijo/a el medicamento que se menciona en la sección de arriba.

1. Estoy de acuerdo en no responsabilizar al Distrito Escolar Unificado de San Francisco (SFUSD) o a sus empleados, por los resultados de tomar el medicamento o por la manera en que se administra el mismo.
2. Reembolsaré al Distrito Escolar Unificado de San Francisco o a sus empleados por cualquier obligación que surja fuera de estas disposiciones.
3. Le notificaré inmediatamente al Director de la escuela si hay algún cambio en el medicamento o en el horario para administrar el mismo.
4. Es de mi conocimiento que es mi responsabilidad enviar el medicamento en el envase original de la farmacia, rotulado con el nombre de mi hijo/a y las instrucciones del proveedor del cuidado para la salud.
5. Es de mi conocimiento que este formulario automáticamente expira al final de cada año escolar.
6. Doy mi consentimiento para que las autoridades escolares tomen la acción apropiada para la seguridad y bienestar de mi hijo/a.

Firma del padre de familia/tutor/encargado _____ **Fecha** _____