



AUTHORIZATION FOR STUDENTS TO SELF-ADMINISTER @ OFF-SITE ACTIVITIES AND OVERNIGHT TRIPS INCLUDING SPORTS

(for middle and high school students only)

Please fill out all four sections

Student's Name _____ School Year _____

To be completed by Prescribing Health Professional

It is my professional opinion that _____

Is capable of self-administering the following medication:

Medication Name	Dosage	Frequency

I recommend self-administration of this medication for the treatment of:

Special instructions or comments:

Healthcare Provider Signature

Date

Print Name _____

Phone _____

****Medication is brought to school by the parent or a trusted adult and given to the nurse. Medication is kept in a lock box and opened at the appropriate time for the student to self administer.**

To be completed by Parent/Guardian

I request and authorize my child_____ to
self-administer their _____medication.

This authorization is given based on the following:

- I hereby give permission for my child to self-administer prescribed medication at off-site activities.
- I authorize the release of information related to health/medications between the school nurse and the prescriber.
- I understand that my child shall be able to self-administer providing they do not misuse it.
- I understand that if my child misuses the medication, school employees will take the medication and terminate this agreement.
- I understand this authorization shall be effective for this current school year and must be renewed annually.

Parent/Guardian Signature

Date

Print Name_____ Phone_____

To be completed by Licensed School Nurse

- ___The student can demonstrate correct use/administration.
- ___The student can recognize the correct dosage.
- ___The student recognizes prescribed timing for medication.
- ___The student agrees not to share medication with others.
- ___The student will keep the labeled container in the health office.

Licensed school nurse_____ Date_____

To be completed by the student

I, _____ agree to the responsibilities of self administering medication: I will not share, transfer, or in any way divert my medication(s) to any other person. I have been trained in the proper use of my prescribed medication and understand how it is given. I take my responsibility to self-administer seriously. I also understand that if I misuse my medication, this agreement will end, and a meeting with the nurse, student, and parents will be required to reconsider this agreement.

Student Name _____

Date _____

Student Signature _____

AUTORIZACIÓN PARA QUE LOS ESTUDIANTES LLEVEN EQUIPO POR SÍ MISMO EN ACTIVIDADES FUERA DEL SITIO Y VIAJES NOCTURNOS, INCLUIDOS DEPORTES (solo para estudiantes de secundaria y preparatoria)

ESCUELA PARA SORDOS DE RHODE ISLAND 1 Corliss Park, Providence, RI 02908 TELÉFONO 401-222-3525
FAX 401-243-1024

Por favor, complete las cuatro secciones

Nombre del estudiante _____ **Año escolar** _____

Para ser completado por el profesional de la salud que prescribe

En mi opinión profesional, _____

Es capaz de autoadministrarse el siguiente medicamento:

Nombre del medicamento	Dosis	Frecuencia

Recomiendo la autoadministración de este medicamento para el tratamiento de:

Instrucciones especiales o comentarios:

Firma del profesional de la salud Fecha

Nombre en letra imprenta _____ Teléfono _____

****Los medicamentos son traídos a la escuela por el padre o un adulto de confianza y entregados a la enfermera. Se guardan en una caja con llave y se abren en el momento oportuno para que el estudiante los administre.**

Para ser completado por el padre/tutor

Solicito y autorizo a mi hijo/a _____ a autoadministrarse su medicamento _____.

Esta autorización se otorga con base en lo siguiente:

Por la presente, autorizo a mi hijo/a a autoadministrarse el medicamento recetado en actividades fuera del plantel.

Autorizo la divulgación de información relacionada con la salud/medicamentos entre la enfermera escolar y el médico que receta.

Entiendo que mi hijo/a podrá autoadministrarse el medicamento siempre que no lo use indebidamente.

Entiendo que si mi hijo/a usa el medicamento indebidamente, el personal escolar lo confiscará y rescindiré este acuerdo.

Entiendo que esta autorización entrará en vigor durante el presente año escolar y deberá renovarse anualmente.

Firma del padre/tutor Fecha _____

Nombre en letra imprenta _____ Teléfono _____

Para ser completado por la Enfermera Escolar Autorizada

- ___ El estudiante puede demostrar el uso y la administración correctos.
- ___ El estudiante puede reconocer la dosis correcta.
- ___ El estudiante reconoce el horario prescrito para el medicamento.
- ___ El estudiante se compromete a no compartir el medicamento con otras personas.
- ___ El estudiante guardará el envase etiquetado en la enfermería.

Enfermera escolar autorizada _____ Fecha _____

Para ser completado por el estudiante

Yo, _____, acepto las responsabilidades de administrarse medicamentos. He recibido capacitación sobre el uso correcto de mi medicamento recetado y entiendo cómo se administra. Asumo mi responsabilidad de administrar medicamentos con seriedad. También entiendo que, si hago un mal uso de mi medicamento, este acuerdo finalizará. También entiendo que si hago un uso indebido de mi medicación, este acuerdo finalizará y será necesaria una reunión con la enfermera, el estudiante y los padres para reconsiderar este acuerdo.

Nombre del estudiante: _____

Fecha: _____

Firma del estudiante: _____

****traducido con Google Translate**