

BVSD Health Services - Contract to Self-carry Medications

This contract is intended for students who require emergency medication for life-threatening conditions and/or require daily prescription medication(s) and is in effect for the current school year unless revoked by a physician or if the student fails to meet the contingencies listed below.

Student Name _____ Date _____

School _____ Grade _____ DOB _____

Medication _____ Purpose of Medication _____

STUDENT

- I agree to keep my medication with me at school and use it as prescribed.
- I will notify school health staff when I use my medication as determined by the nurse (i.e. emergency medications)
- I will notify school health staff immediately if the condition for which I am prescribed my medication presents any unusual difficulty.
- I will not allow any other student to administer or use my medication.
- I understand that if I fail to comply with this contract, my privilege to carry and self-administer the medication may be withdrawn.

(Student Signature)

(Date of Signature)

PARENT/GUARDIAN

- I assure that my child will carry his/her medication as prescribed, that the medication will be appropriately labeled by a pharmacist or healthcare provider, and that the medication has not expired.
- I will ensure that backup medication is provided to the health office for emergencies when needed.
- I will review my child's condition with him/her on a regular basis and communicate any changes to the school.

(Parent/Guardian Signature)

(Date of Signature)

SCHOOL NURSE

- I will ensure the student can demonstrate the correct technique for self-administering the medication.
- I will ensure the student has an understanding of the proper time and dosages for self-administering the medication.
- I agree that appropriate school staff is notified of the student's condition and the need for the student to carry the medication.

(School Nurse Signature)

(Date of Signature)

Departamento de Servicios de Salud del BVSD: contrato para llevar/autoadministrar medicamentos

Este contrato está destinado a estudiantes que requieren medicamentos de emergencia para condiciones potencialmente mortales y/o requieren medicamentos recetados diarios y está en vigor durante el año escolar actual a menos que lo revoque un médico o si el estudiante no cumple con las contingencias enumeradas a continuación.

Nombre del estudiante _____ Fecha _____

Escuela _____ Grado _____ Fecha de nacimiento _____

Medicamento _____ Propósito de la medicación _____

ESTUDIANTE

- Acepto mantener mis medicamentos conmigo en la escuela y usarlos según lo prescrito.
- Notificaré al personal de salud de la escuela cuando use mi medicamento según lo determine la enfermera (es decir, medicamentos de emergencia)
- Notificaré al personal de salud de la escuela inmediatamente si mi condición para la cual me recetaron mi medicamento presenta alguna dificultad inusual.
- No permitiré que cualquier otro estudiante administre o tome mi medicamento.
- Entiendo que, si no cumplo con este contrato, se me puede retirar mi privilegio de llevar y autoadministrarme el medicamento.

(Firma del estudiante)

(Fecha de la firma)

PADRE/TUTOR LEGAL

- Aseguro que mi hijo llevará consigo su medicamento según lo recetado, que el medicamento estará etiquetado adecuadamente por un farmacéutico o proveedor de atención médica, y que el medicamento no haya caducado.
- Me aseguraré de que se proporcionen medicamentos de reserva a la oficina de salud para emergencias cuando sea necesario.
- Revisaré la condición de mi hijo con él regularmente y comunicaré cualquier cambio a la escuela.

(Firma del padre/tutor legal)

(Fecha de la firma)

ENFERMERO/A ESCOLAR

- Me aseguraré de que el estudiante pueda demostrar la técnica correcta para autoadministrarse la medicación.
- Me aseguraré de que el estudiante comprenda el momento y las dosis adecuadas para autoadministrarse la medicación.
- Acepto que se notifique al personal escolar apropiado sobre la condición del estudiante y la necesidad de que el estudiante lleve consigo el medicamento.

(Firma del enfermero/a escolar)

(Fecha de la firma)