

**WOODLAND SCHOOL DISTRICT 50  
MEDICATION AUTHORIZATION FORM**

Primary: 847-984-8710/ F847-816-4511    **Elementary East:** 847-984-8810/ F847-549-9806    **Elementary West:** 847-984-8910/F847-816-0708  
Intermediate: 847-596-5910/F847-855-9828    **Middle School:**847-856-3410/F847-856-1306

**Student Name:** Last \_\_\_\_\_ First \_\_\_\_\_ DOB \_\_\_\_\_  
**Address** \_\_\_\_\_ **Emergency Phone/Email** \_\_\_\_\_  
**School** \_\_\_\_\_ **Grade** \_\_\_\_\_ **Teacher** \_\_\_\_\_ **ROOM#** \_\_\_\_\_

**DAILY**     **AS NEEDED**     **SELF CARRY**     **SELF ADMINISTER**

“Self carry” and “self administer” apply only for **epinephrine auto-injectors, quick-relief inhalers (asthma medication), and diabetes supplies, equipment, and medications** (including glucose monitoring supplies and insulin). With respect to diabetes self-management, provided that the student is authorized to do so according to a current diabetes care plan (on file with the District) and to the extent authorized by such diabetes care plan. Student with diabetes is permitted to check his/her blood glucose, administer insulin, treat hypoglycemia and hyperglycemia and otherwise attend to the care and management of his/her diabetes, and self-carry supplies and equipment necessary to monitor and treat his/ her diabetes.

**#1 Medication/Dose/Route/Frequency** \_\_\_\_\_  
Date of prescription \_\_\_\_\_ Dates/Time to be given \_\_\_\_\_  
Diagnosis/Intended effect of medication \_\_\_\_\_  
Possible side effects \_\_\_\_\_ Discontinuation date/Physician \_\_\_\_\_

**#2 Medication/Dose/Route/Frequency** \_\_\_\_\_  
Date of prescription \_\_\_\_\_ Dates/Time to be given \_\_\_\_\_  
Diagnosis/Intended effect of medication \_\_\_\_\_  
Possible side effects \_\_\_\_\_ Discontinuation date/ Physician \_\_\_\_\_

**FOR SELF CARRY/ADMINISTER ONLY**

I certify that \_\_\_\_\_ is permitted to self administer the medication above. He/she understands the use for the medication and the necessity to report to school staff any unusual side effects. He/she is able to self carry and self administer the above independently. I indemnify and hold harmless the School District and its employees and agents, against any claims, except a claim based on willful and wanton conduct, arising out of self carry by the student.

**FOR SELF CARRY ONLY**

I certify that \_\_\_\_\_ is permitted to self carry, but not self administer, the medication above. I indemnify and hold harmless the School District and its employees and agents, against any claims, except a claim based on willful and wanton conduct, arising out of the student’s self carry of the medication.

**FOR ALL MEDICATIONS** (Except for students with a current diabetes care plan & a prescription-labeled box for a self carry quick-relief inhaler)

**Physician Name** \_\_\_\_\_ **Phone/Fax Number** \_\_\_\_\_  
**Physician Signature** \_\_\_\_\_ **Date** \_\_\_\_\_  
**Parent/Guardian Signature** \_\_\_\_\_ **Date** \_\_\_\_\_

**\*\*ALL MEDICATIONS, BOTH OVER THE COUNTER OR PRESCRIPTION, NEED A PARENT AND A PHYSICIAN SIGNATURE.** The exception is for students with a diabetes care plan & self carry quick-relief inhaler (asthma medication). All medications are required to be delivered by a parent/guardian, with the prescription label. All medications will be discarded 2 weeks after the last school day if not picked up. A new completed Medication Authorization Form is required at the beginning of every school year or when there is a change in the student’s medical needs.\*\*

**DISTRITO ESCOLAR WOODLAND 50**  
**FORMULARIO DE AUTORIZACIÓN DE MEDICAMENTOS**

Primary: 847-984-8710/ F847-816-4511 Elementary East: 847-984-8810/ F847-549-9806 Elementary West: 847-984-8910/F847-816-0708  
Intermediate: 847-596-5910/F847-855-9828 Middle School: 847-856-3410/F847-856-1306

DEL ESTUDIANTE: APELLIDO \_\_\_\_\_ NOMBRE \_\_\_\_\_ FECHA NAC. \_\_\_\_\_  
DIRECCIÓN \_\_\_\_\_ TEL./EMAIL DE EMERGENCIA \_\_\_\_\_  
ESCUELA \_\_\_\_\_ GRADO \_\_\_\_\_ MAESTRA(O) \_\_\_\_\_ #SALÓN \_\_\_\_\_

DIARIO  SEGÚN SE NECESITE  LO LLEVA CONSIGO  SE LO ADMINISTRA A SÍ MISMO

El "transporte" y la "auto administración" sólo se aplica para los autoinyectores de epinephrine, la medicación para el asma y los suministros, equipos y medicamentos para la diabetes (incluyendo los suministros monitorizados de glucosa e insulina). Respecto a la auto gestión de la diabetes, debe probarse que el alumno esta autorizado a llevarla a cabo con un plan de tratamiento (archivado en el distrito), dicho plan permitirá al alumno diabético a: comprobar sus niveles de glucosa; administrarse insulina; tratarse la hipoglucemia y la hiperglucemia y en definitiva, cuidar y administrar su diabetes; y transportar los suministros y equipos necesarios para controlar y tratar la diabetes.

**Nº1. Medicamento: Dosis/Vía/Frecuencia** \_\_\_\_\_

Fecha de prescripción \_\_\_\_\_ Fechas/Horas a las que debe suministrarse \_\_\_\_\_

Diagnóstico/Efecto que se pretende con la medicación \_\_\_\_\_

Posibles efectos secundarios \_\_\_\_\_ Médico/Fecha de interrupción \_\_\_\_\_

**Nº2. Medicamento: Dosis/Vía/Frecuencia** \_\_\_\_\_

Fecha de prescripción \_\_\_\_\_ Fechas/Horas a las que debe suministrarse \_\_\_\_\_

Diagnóstico/Efecto que se pretende con la medicación \_\_\_\_\_

Posibles efectos secundarios \_\_\_\_\_ Médico/Fecha de interrupción \_\_\_\_\_

**ÚNICAMENTE PARA QUIENES LLEVAN CONSIGO/SE ADMINISTRAN EL MEDICAMENTO**

Yo certifico que se le permite a \_\_\_\_\_ autoadministrarse el medicamento arriba mencionado. Comprende su uso y la necesidad de informar al personal escolar sobre cualquier efecto secundario inusual. Es capaz de llevarlo consigo mismo y autoadministrárselo independientemente. Exonero de toda responsabilidad al distrito escolar, a sus empleados y agentes de toda queja, a excepción de aquella basada en conducta intencionadamente perversa que surja de que el estudiante lleve consigo el medicamento.

**ÚNICAMENTE PARA QUIENES LLEVAN CONSIGO EL MEDICAMENTO**

Yo certifico que se le permite a \_\_\_\_\_ llevar consigo, pero **no** administrarse a sí mismo el medicamento arriba mencionado. Exonero de toda responsabilidad al distrito escolar, a sus empleados y agentes de toda queja, a excepción de aquella basada en conducta intencionadamente perversa que surja de que el estudiante lleve consigo el medicamento.

**("Lo lleva consigo" y "Se lo administra a sí mismo" únicamente se aplica para EpiPen y el inhalador Quick-relief).**

**PARA TODOS LOS MEDICAMENTOS** (Excepto para los estudiantes con un tratamiento de diabetes y una prescripción recetada para utilizar un inhalador).

Nombre del médico \_\_\_\_\_ Nº teléfono/Fax \_\_\_\_\_

Firma del médico \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

Firma del padre de familia/tutor \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

**\*\*TODOS LOS MEDICAMENTOS, SIN IMPORTAR QUE SE SURTAN CON O SIN RECETA MÉDICA, NECESITAN LA FIRMA DE LOS PADRES Y EL MÉDICO.** Excepto los estudiantes con un tratamiento de diabetes y una prescripción recetada para utilizar un inhalador (medicación para el asma). Se requiere que un padre de familia/tutor sea quien entregue cualquiera de los medicamentos con la etiqueta de la receta médica. Todos los medicamentos se eliminarán 2 semanas después del último día de clases a menos que pasen a recogerlos. Se requiere un nuevo Formulario de Autorización de Medicamento debidamente completado al principio de cada año escolar o cuando haya un cambio en las necesidades médicas del estudiante, como se indica en este formulario.\*\*