GRAND PRAIRIE INDEPENDENT SCHOOL DISTRICT
Self-Administration of Emergency Medication
Physician Medication Order Form

Student's Name: _____ D.O.B ._____Date of Request: _____
School: _____ School Year: _____ Teacher/Grade: _____

TO BE COMPLETED BY THE PHYSICIAN

My signature indicates that the above student has a medical condition of _____, requiring:
☐ Inhaler (Asthma) ☐ Epinephrine Injector ☐ Antihistamine

1) This student has been instructed how to properly administer his/her Emergency Medication correctly & responsibly.
2) Student has permission to self-carry and administer the Emergency Medication, while at school or at a school related activity.
3) Student & parent understand that all medication must be properly labeled, not expired, and is only to be used as indicated on the prescription/label.
4) Student & parent understand to report to the school nurse, teacher or adult if the above medication has not been effective or if the Epinephrine Injector or Benadryl have been taken.
5) Student & parent understand that 911 will be called if Epinephrine Injector is given.

I understand that a GPISD staff reserves the right to require that the above medication be kept in the clinic if the student is unable to complete the self-carry skills checklist and not properly carrying or self-administering the medication. The school nurse is required to assess the student's ability to administer the medication.

I understand that the parent's signature in the box below gives permission for the appropriate school staff to contact me for additional information/records, if needed.

I also understand that my written request is valid and provides GPISD staff to administer for one school year and must be renewed at the beginning of each school year. An earlier stop date may be indicated. Earlier stop date:_____

Medication	Dosage/Route	Time (s)	Indications for Use

To Physician: only an asthma inhaler, epinephrine injector or Antihistamine may be self-administered. No other medication can be ordered to be carried and self-administered.

Physician's Name: _____ Physician's Signature: _____
(PLEASE PRINT)
Phone Number: _____Date: _____

TO BE COMPLETED BY THE PARENT

My signature below indicates that:
1) I give permission for my child to carry and self-administer the prescribed medication specified above. I will notify the school nurse or principal of any medication changes or health changes.
2) My child is responsible to use this medication appropriately: not sharing the medication with others or leaving medication unattended.
3) I will be responsible for all maintenance, expiration & refills needed for the above medication.
4) I give my permission for appropriate school staff to contact the physician indicated above, to obtain additional medical information/records, as needed.

Parent/Guardian Signature: _____ Email: _____
Home/Cell Phone: _____Work: _____

DISTRITO ESCOLAR INDEPENDIENTE DE GRAND PRAIRIE
Autoadministración de Medicamento de Emergencia
Formulario de Pedido de Medicamentos del Médico

Estudiante: _____ Fecha de nacimiento:_____ Fecha de solicitación: _____
Escuela: _____Ciclo Escolar:_____ Maestro/Grado: _____

DEBE SER COMPLETADA POR UN MÉDICO

Mi firma indica que el estudiante nombrado arriba tiene la siguiente condición médica de _____, que requiere: ☐Inhalador (Asma) ☐Epinephrine-inyección ☐Antihistamínico

1) Este alumno ha recibido instrucción sobre cómo autoadministrar correcta y responsablemente su medicamento de emergencia.
2) Este alumno tiene permiso de llevar consigo y administrar el medicamento de emergencia, en la escuela o al estar en una función escolar.
3) El alumno y el padre entienden que todo medicamento debe estar rotulado correctamente y debe usarse sólo como se indica en la etiqueta y la receta.
4) El alumno y el padre entienden que deben reportarse a la enfermera escolar, maestro o algún adulto si el medicamento nombrado arriba no ha tomado efecto o si se ha administrado una inyección de Epinephrine o de Benadryl.
5) El alumno y el padre entienden que se llamará al 911 si se ha administrado una inyección de Epinephrine.

Yo entiendo que la enfermera o administrador de GPISD reservan el derecho de obligar a que el medicamento mencionado arriba se guarde en la clínica no puede completar la lista de verificación de habilidades de auto-transporte y si el alumno no lleva o no autoadministra correctamente el medicamento. La enfermera también asesorará si el estudiante puede autoadministrarse el medicamento.

Yo entiendo que la firma del padre en el recuadro de abajo da permiso para que el personal escolar apropiado me llame con más información o documentos, al ser necesario.

Asimismo, comprendo que mi solicitud por escrito es válida y autoriza al personal de GPISD a administrarlo durante un año escolar, debiendo renovarse al inicio de cada año escolar. Se puede indicar una fecha de finalización anterior.
Fecha de finalización anterior _____

Medicación	Dosis/Vía	Hora (s)	Indicación de uso

Al médico: Solo auto administrarse un inhalador para el asma , inyectadora de epinefrina o antihistaminico. Ningún otro medicamento puede ser prescrito para cargarlo y auto administrarse.
Nombre del médico: _____ Firma del médico: _____
(Letra de Molde)
Teléfono: _____ Fecha: _____

DEBE LLENARSE POR EL PADRE DE FAMILIA

Mi firma aquí abajo indica que:
1) Yo doy mi permiso que mi hijo lleve y autoadministre el medicamento recetado que se especifica arriba. Daré aviso a la enfermera escolar o al director de cualquier cambio en medicamento o de salud.
2) Mi hijo es responsable en el uso correcto de este medicamento: no comparte la medicina con otros ni la descuida.
3) Yo seré responsable en surtir el medicamento necesario mencionado arriba y asegurar que no caduque.
4) Yo doy mi permiso que el personal escolar apropiado llame al médico indicado arriba para obtener información médica adicional u documentos, al ser necesario.
Firma del Padre/Tutor: _____ Email: _____

Tel. en Casa/Celular: _____Tel. del Trabajo: _____