



Cypress-Fairbanks Independent School District

Permission to Self-Transport/Administer Medication

Student Name: _____ ID#: _____ Grade: _____

With parent permission, a statement of the student’s ability to self-transport/administer his/her medication from the prescribing medical provider, and a school nurse’s evaluation, students in CFISD may self-transport/administer certain emergency medications. The medication must be transported in the **original container**, and the student should only carry a **daily dose of the medication**. The student is responsible to always maintain his/her medication in an appropriate and accessible place. The transport/use of undisclosed medications may result in disciplinary action according to the student code of conduct.

I, _____ [parent/guardian name], give permission to my son/daughter to transport and self-administer the medication(s) listed below while on a school campus. My child has demonstrated his/her understanding of proper medication use and understands that the medications listed below are not to be shared with others or taken in any way other than directed by the prescribing physician or manufacturer. I also understand that the misuse of medications can result in disciplinary action for my child according to the student code of conduct.

Parent/Guardian Signature: _____ Date: ____/____/20____

I, _____ [student name], understand proper medication use and that the medication(s) listed below is only for my use during the school day. I will be responsible with my medication(s), take it only as directed by the prescribing physician or manufacturer, store them in a safe place in my belongings, and I will not share them with others under any circumstance. After approval by the campus nurse, my medication will be labeled. If I receive a new refill, I must bring the medication to the nurse for a new label. I also understand that the misuse or sharing of my medications can result in disciplinary action according to the student code of conduct. I will seek assistance from the school nurse or a responsible adult if I must administer an emergency medication(s) while at any CFISD school.

Student Signature: _____ Date: ____/____/20____

Medication 1: _____ Dose: _____ Route: _____
Reason for use: _____ Expiration date: ____/____/20____

Medication 2: _____ Dose: _____ Route: _____
Reason for use: _____ Expiration date: ____/____/20____

Medication 3: _____ Dose: _____ Route: _____
Reason for use: _____ Expiration date: ____/____/20____

For school nurse use only

I certify that the student named above:

Knows the name and purpose of the medication(s) he/she will self-transport	Yes / No
Knows the prescribed medication dose	Yes / No
Articulates the appropriate time and circumstance under which the medication(s) should be administered	Yes / No
Demonstrates the correct administration of the medication(s) listed above	Yes / No
Understands the period for which the medication(s) is/are prescribed	Yes / No

School Nurse Signature: _____ Date: ____/____/20____



Distrito Escolar Independiente Cypress-Fairbanks

Permiso para transporte y administración de medicamentos por el estudiante

Nombre del estudiante: _____ # de ID: _____ Grado: _____

Con el permiso del padre o tutor legal, una declaración de la capacidad del estudiante para transportar y administrar su propio medicamento del proveedor médico que lo haya recetado y una evaluación de la enfermera de la escuela, los estudiantes del CFISD podrán transportar y administrarse sus propios medicamentos de emergencia. El medicamento deberá ser transportado en el **envase original** y el estudiante deberá llevar solo una **dosis diaria del medicamento**. El estudiante será responsable de mantener siempre su medicamento en un lugar apropiado y accesible. El transporte y el uso de medicamentos que no se hayan dado a conocer, podrían dar lugar a medidas disciplinarias de acuerdo con el Código de Conducta del estudiante.

Yo, _____ [*nombre completo del padre o tutor legal*], doy permiso a mi hijo(a) para transportar y administrarse su(s) propio(s) medicamento(s) listado(s) a continuación cuando esté en la escuela. Mi hijo(a) ha demostrado comprensión del uso adecuado de su(s) medicamento(s) y entiende que los medicamentos listados a continuación no deberán compartirse con otros ni administrarse de forma diferente a la indicada por el médico que se lo ha recetado o por el fabricante. Entiendo además que el uso incorrecto de los medicamentos podría tener como resultado medidas disciplinarias para mi hijo(a) de acuerdo con el Código de Conducta del estudiante.

Firma del padre o tutor legal: _____ Fecha: ____/____/20____

Yo, _____ [*nombre completo del estudiante*], entiendo el uso adecuado de un medicamento y que el/los medicamento(s) listado(s) a continuación es/son solo para uso personal durante el día escolar. Yo seré responsable de mi(s) medicamento(s), lo(s) tomaré siguiendo las instrucciones del médico que me lo(s) recetó o del fabricante, lo(s) guardaré en un lugar seguro con mis pertenencias y no lo(s) compartiré con nadie bajo ninguna circunstancia. Tras la aprobación de la enfermera de la escuela, mis medicamentos serán etiquetados como corresponda. En caso de que yo reciba un nuevo suministro, deberé traer el medicamento a la enfermera de la escuela para actualizar la etiqueta. Entiendo también que el uso incorrecto o el compartir medicamentos podría tener como resultado medidas disciplinarias de acuerdo con el Código de Conducta del estudiante. Si tuviera que administrarme un medicamento de emergencia en la escuela, en cualquiera de las escuelas del CFISD, buscaré la ayuda de la enfermera o de otro adulto responsable.

Firma del estudiante: _____ Fecha: ____/____/20____

Medicamento 1: _____ Dosis: _____ Vía: _____

Razón para usarlo: _____ Fecha de vencimiento: ____/____/20____

Medicamento 2: _____ Dosis: _____ Vía: _____

Razón para usarlo: _____ Fecha de vencimiento: ____/____/20____

Medicamento 3: _____ Dosis: _____ Vía: _____

Razón para usarlo: _____ Fecha de vencimiento: ____/____/20____

For school nurse use only

I certify that the student named above:

Knows the name and purpose of the medication(s) he/she will self-transport	Yes / No
Knows the prescribed medication dose	Yes / No
Articulates the appropriate time and circumstance under which the medication(s) should be administered	Yes / No
Demonstrates the correct administration of the medication(s) listed above	Yes / No
Understands the period for which the medication(s) is/are prescribed	Yes / No

School Nurse Signature: _____ Date: ____/____/20____