



**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 maintain his/her medication in an appropriate and accessible place at all times. 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. On this form, I have disclosed all medications that my child is permitted to carry.

Parent 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. 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____



Permiso para que el estudiante transporte y se administre sus propios medicamentos

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

Con un permiso de los padres, una nota del médico que receta el medicamento indicando la capacidad del estudiante de poder transportar y administrarse dicho medicamento por su cuenta y una evaluación de la enfermera de la escuela, los estudiantes de CFISD podrán transportar y administrarse ciertos medicamentos de emergencia. Los medicamentos deberán estar en el **envase original** y el estudiante deberá transportar solo una **dosis diaria del medicamento**. El estudiante deberá ser responsable de tener siempre a mano su medicamento. El transporte/la administración de medicamentos que no se hayan reportado podría tener como resultado la aplicación de medidas disciplinarias según indicadas en el Código de Conducta del estudiante.

Yo, _____ [nombre completo del padre o tutor legal], doy permiso a mi hijo(a) para que transporte y se administre los medicamentos listados a continuación mientras esté en la escuela. Mi hijo(a) ha demostrado comprender el uso apropiado de los medicamentos y entiende que los medicamentos listados a continuación no se deben compartir con otras personas ni deben administrarse de formas contrarias a lo indicado por el médico o el fabricante. Entiendo también que el uso inapropiado de los medicamentos podría tener como resultado la aplicación de medidas disciplinarias para mi hijo(a) según indicadas en el Código de Conducta del estudiante. En este formulario, he listado todos los medicamentos que mi hijo(a) tiene permiso para transportar.

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

Yo, _____ [nombre complete del estudiante], comprendo el uso apropiado de los medicamentos y entiendo que los medicamentos listados a continuación son solo para mi uso durante el día escolar. Me comprometo a hacerme responsable de todos mis medicamentos, a tomarlos siguiendo las indicaciones del médico o el fabricante, a guardarlos en un lugar seguro en mis pertenencias y a no compartirlos con otros bajo ninguna circunstancia. Entiendo también que el uso inapropiado o el hecho de que comparta mis medicamentos podrían tener como resultado la aplicación de medidas disciplinarias según indicadas en el Código de Conducta del estudiante. En caso de que tenga que administrarme alguno de los medicamentos de emergencia cuando esté en una de las escuelas de CFISD, debo buscar la ayuda de la enfermera de la escuela o de un adulto responsable.

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

Medicamento 1: _____ Dosis: _____ Vía: _____
Motivo por el cual se usa: _____ Fecha de vencimiento: ____/____/20____

Medicamento 2: _____ Dosis: _____ Vía: _____
Motivo por el cual se usa: _____ Fecha de vencimiento: ____/____/20____

Medicamento 3: _____ Dosis: _____ Vía: _____
Motivo por el cual se usa: _____ 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____