

SCHOOL HEALTH SERVICES GUIDELINES TO POSSESS AND SELF-ADMINISTER PRESCRIPTION ASTHMA MEDICINE

House Bill 1688 passed by the 17^m Legislature allows a student with asthma to possess and self-administer prescription asthma medicine while on school property if:

1. The prescription asthma medicine has been prescribed for the student as indicated by the prescription label on the medicine;
2. The self-administration is done in compliance with the prescription or written instruction from the student's physician or other licensed health care provider;
3. A parent/guardian of the student provides to the school a written statement from the student's physician or other licensed health care provider, signed by the physician or provider that states:
 - a. That the student has asthma and is capable of self- administering the prescription asthma medicine
 - b. The name and purpose of the medicine
 - c. The prescribed dosage for the medicine
 - d. The time at which or circumstances under which the medicine may be administered
 - e. The period for which the medicine is prescribed

This form must be completed to allow your child to possess and self-administer prescription asthma medicine.

SCHOOL HEALTH SERVICES PHYSICIAN STATEMENT

I have prescribed the following asthma medicine for _____
Student's Name

Name of medicine _____

Purpose of the medicine _____

Dosage _____

Time or circumstances of administration _____

Time period for which the medicine is prescribed _____

The student **IS** or **IS NOT** capable of possessing and self-administering the above medication
(Circle One)

while on school property or at school related event or activity.

Physician's Name Printed _____ Phone _____

Physician Signature _____ Date _____

PARENT AUTHORIZATION

I authorize my child, _____, to possess and self- administer prescription asthma medicine while on school property or at a school related event or activity in accordance with the above physician authorization. I understand that by law the medicine must have a prescription label on it.

Parent/Legal Guardian Signature _____ Date _____

STUDENT AGREEMENT

I agree to use my prescription asthma medicine in accordance with the above physician statement and parent authorization and that I will ensure that other students do not have access to my medicine. I also agree to report to the school nurse/health aide if my symptoms are not relieved by my medicine.

Student Signature _____ Date _____

ESCUELA DE SERVICIOS DE SALUD
DIRECTRICES PARA POSEER Y AUTO ADMINISTRARSE
MEDICAMENTOS PARA EL ASMA RECETA

Proyecto de Ley 1688 aprobado por la Legislatura 17m permite a un estudiante con asma de poseer y auto administrarse medicamentos para el asma recetados, mientras que en la escuela si:

1. La prescripción de medicamentos para el asma se le ha recetado para el estudiante como se indica en la etiqueta del medicamento en la medicina;
2. La auto-administración se realiza en cumplimiento de la prescripción o instrucción por escrito del médico del estudiante u otro proveedor de cuidado de la salud;
3. Un padre / tutor del estudiante proporciona a la escuela una declaración escrita del médico del estudiante u otro proveedor de atención médica, firmada por el médico o proveedor que dice:
 - a. Que el estudiante tiene asma y es capaz de auto-administración del medicamento para el asma recetados
 - b. El nombre y el propósito de la medicina
 - c. La dosis prescrita por la medicina
 - d. El momento en que o las circunstancias bajo las cuales puede ser el medicamento que se administra
 - e. El período para el cual se le recetó el medicamento

Este formulario debe ser completado para permitir a su hijo a poseer y auto administrarse medicamentos para el asma recetados.

ESCUELA DE SERVICIOS DE SALUD DECLARACIÓN DEL MÉDICO

Me han recetado el medicamento para el asma para los siguientes _____
Nombre del Estudiante

Nombre del medicamento _____

Propósito de la medicina _____

Dosis _____

Tiempo o las circunstancias de la administración de la medicina _____

El estudiante es o no es capaz de poseer y auto-administración de la medicación anterior, mientras que en la escuela o en el evento relacionado con la escuela o actividad.. ____ Si, ____ No

Nombre del Médico Impreso _____ Teléfono _____

Firma del médico _____ Fecha _____

AUTORIZACION DE PADRES

Autorizo a mi hijo, _____, de poseer y auto administrarse medicamentos para el asma recetados, mientras que en la escuela o en un evento relacionado con la escuela o actividad de acuerdo con la autorización médica anteriormente. Entiendo que por la ley del medicamento debe tener una etiqueta del medicamento sobre el mismo.

Firma del padre / tutor legal _____ Fecha _____

ACUERDO DEL ESTUDIANTE

Estoy de acuerdo en usar mi medicamento para el asma recetados, de acuerdo con la declaración del médico por encima y por autorización de los padres y que se asegurará de que otros estudiantes no tienen acceso a las medicinas. También estoy de acuerdo que informe a la enfermera de la escuela / salud en el hogar si mis síntomas no se alivian con mi medicina.

Firma del estudiante _____ Fecha _____