

LINDENWOLD PUBLIC SCHOOLS

SELF-MEDICATION DISPENSING FORM FOR STUDENTS WITH POTENTIALLY LIFE-THREATENING EMERGENCIES

Student's Name: _____ Age: _____ Grade: _____ School: _____

Name of Medication _____ Prescription _____ Non-Prescription _____

Dosage _____ Frequency _____

Route of Administration _____ Reason for Medication _____

Known Allergies _____

Possible Side Effects _____

Effective Dates (limited to one school year) From _____ 20__ to _____ 20__

It is my understanding that nurses of the Lindenwold School District charged with the administration of medication may rely upon my directions as contained in this document. Students with **potentially life threatening illnesses**, deemed sufficiently responsible by their physicians, parents/guardians, and the school nurse shall be permitted to have in their possession prescribed medication for the treatment and prevention of life threatening illnesses or conditions during school hours, athletic events, and practices, and field trips. **I hereby deem the above-named student capable, having been instructed in the proper method of self-administration of medication pursuant to Chapter 308 of the laws of 1993, to carry his/her prescribed medication on his/her person and give authorization for self-medication listed above.** I further certify that I am the health care provider who prescribed the medication and that the student named above is under my supervision as a patient for diagnosis and treatment. Any alteration to the above will occur only with written directions from the attending health care provider.

Health Care Provider's Name (PLEASE PRINT)

Health Care Provider's Signature (Stamped signature is **not** acceptable)

Address

Telephone

Date

Como padres/tutor de estudiante arriba mencionado(a), por medio de la presente, solicitamos permiso para que mi/nuestro(a) hijo(a) se auto-medique y tenga en su posesión el medicamento que se describe más arriba. Entendemos que el distrito escolar y sus empleados y agentes no incurrirán en ninguna responsabilidad como resultado de cualquier lesión derivada de la auto-medicación de mi/nuestro(a) hijo(a). Entendemos, además, que por este medio exoneramos al distrito escolar y sus empleados y agentes de cualquier reclamo que surja de la auto-administración de mi hijo(a) de su medicamento. Nos damos cuenta que los privilegios de auto-control se perderán si él /ella no utiliza el medicamento correctamente o de manera responsable. Los estudiantes que se consideran responsables pueden portar su medicamento recetado consigo mismos, pero deben reportarse a la enfermera de la escuela con el medicamento recetado antes de que esta política pueda ser establecida. También autorizamos a la enfermera de la escuela para que se ponga en contacto con el médico arriba mencionado para hacer preguntas relacionadas con la condición de mi/nuestro(a) hijo(a) o su medicamento. Me doy cuenta de que tengo que renovar este certificado anualmente.

Firma _____ Fecha _____

**NOTA: 1. SE DEBERÁ MANTENER EN LA OFICINA DE LA ENFERMERA UNA DOSIS EXTRA DE MEDICAMENTO.
2. LOS MEDICAMENTOS TRAÍDOS A LA ESCUELA DEBERÁN SER ETIQUETADOS COMO RECETADOS.**