



Consent to Carry Emergency Medication

School Year: March 15, 2024 - September 30, 2025

Yuma School District One

Student Name: _____

Birth Date: _____

Grade: _____

Bus # _____

PARENT/GUARDIAN CONSENT/ STUDENT RESPONSIBILITY

I give my permission for my child to carry their own emergency medication at all times. YES NO

Please initial next to the emergency medication your child will carry on their person:

| | | | |
|-----------------------------------|----------------------------------|-----------------------------------|------------------------------------|
| _____ Inhaler (Parent Initial) | _____ EpiPen (Parent Initial) | _____ Insulin (Parent Initial) | _____ Glucagon (Parent Initial) |
|-----------------------------------|----------------------------------|-----------------------------------|------------------------------------|

My signature indicates my agreement and involvement for the following:

- I must provide the school district with my child's emergency care plan completed and signed by my child's health care provider which must include permission for my child to self-carry.
- I acknowledge that my child is capable of self-administration of the emergency medication and use of equipment.
- I understand the emergency care plan must be renewed each school year.
- I am responsible for providing the prescribed emergency medication for my child in its original container with the prescriptive label attached.
- I understand the medication must not be past the expiration date.
- The school district recommends the parent/guardian provide the school health office with back-up emergency medication. I understand that I do not have to provide back-up medication; however, I will not hold the school district or staff liable in the event of an emergency if my child does not have their emergency medication on their person.
- My student athlete may be asked to demonstrate to their coach that they are carrying their emergency medication in order to participate in athletics.
- If my student is found without having their emergency medication, I will be notified to bring their emergency medication to school.
- The school registered nurse, health assistant and/or trained school staff may assist my child's in administering the emergency medication as needed.
- The school district shall not incur liability as a result of any injury arising from a student's self-administration of medication. The parent/guardians shall indemnify and hold harmless the district and its employees or agents against any claims arising out of the student's self-administration of medication or another student's use of the medication.
- The permission to possess and self-administer emergency medication may be revoked by the registered nurse and/or principal if it is determined that my child is not safely and effectively self-administering their own medications.
- I authorize the school to distribute my child's emergency care plan to teachers, bus driver, and/or any other school district staff member that may be involved with my child academically and/or at any school sponsored event so they can be prepared in the event of an emergency.

Parent Signature: _____ Date: _____

Parent Printed Name: _____

I understand that in order to self-carry my own rescue medications:

- I will need to keep my emergency medication with me at all times in a secure place that will be easily accessible to me or staff in the event of an emergency.
- I will never share this prescribed emergency medication with any other student.

Student Signature: _____ Date: _____



Consentimiento Para Llevar Medicamentos de Emergencia

Año Escolar: Marzo 15, 20__ - Septiembre 30, 20__

Distrito Escolar Uno de Yuma

Nombre del Estudiante:

Fecha Nac:

Grado:

Autobús #:

CONSENTIMIENTO DEL PADRE/GUARDIÁN / RESPONSABILIDAD DEL ESTUDIANTE

Doy mi permiso para que mi hijo lleve consigo su propio medicamento de emergencia en todo momento. Sí NO
Por favor escriba sus iniciales junto al medicamento de emergencia que su hijo llevará consigo:

_____ Inhalador _____ EpiPen _____ Insulina _____ Glucagón
(Inicial del padre) (Inicial del padre) (Inicial del padre) (Inicial del padre)

Mi firma indica mi acuerdo y participación en lo siguiente:

- Debo proporcionar al distrito escolar el plan de atención de emergencia de mi hijo/a completado y firmado por el proveedor de atención médica de mi hijo/a. que debe incluir permiso para que mi hijo/a lo llevé solo.
- Reconozco que mi hijo/a es capaz de auto administrarse los medicamentos de emergencia y utilizar el equipo.
- Entiendo que el plan de atención de emergencia debe renovarse cada año escolar.
- Soy responsable de proporcionarle a mi hijo/a el medicamento de emergencia recetado en su envase original con la etiqueta prescriptiva adjunto.
- Entiendo que el medicamento no debe haber pasado la fecha de vencimiento.
- El distrito escolar recomienda que los padres/guardián proporcionen a la oficina de salud escolar medicamentos de emergencia de respaldo. Entiendo que no tengo que proporcionar medicamentos de respaldo; sin embargo, no haré responsable al distrito escolar ni al personal en caso de de una emergencia si mi hijo/a no tiene consigo su medicamento de emergencia.
- Es posible que se le solicite a mi estudiante atleta que le demuestre a su entrenador que lleva consigo su medicación de emergencia para poder participar en atletismo.
- Si encuentran a mi estudiante sin su medicamento de emergencia, se me notificará para que traiga su medicamento de emergencia a la escuela.
- La enfermera registrada de la escuela, el asistente de salud y/o el personal escolar capacitado pueden ayudar a mi hijo/a a administrar la medicación de emergencia según sea necesario.
- El distrito escolar no incurrirá en responsabilidad como resultado de cualquier lesión que surja de la administración de medicamentos por parte de un estudiante. Los padres/guardián indemnizará y eximirá de responsabilidad al distrito y sus empleados o agentes contra cualquier reclamo que surja de la auto administrarse de medicamentos por parte del estudiante o el uso del medicamento por parte de otro estudiante.
- El permiso para poseer y auto administrarse medicamentos de emergencia puede ser revocado por la enfermera titulada y/o el director si se determina que mi hijo/a no se auto administra sus propios medicamentos de manera segura y efectiva.
- Autorizo a la escuela a distribuir el plan de atención de emergencia de mi hijo/a a los maestros, al conductor del autobús y/o a cualquier otro personal del distrito escolar que pueda estar involucrado con mi hijo/a académicamente y/o en cualquier evento patrocinado por la escuela para que pueda estar preparado en caso de una emergencia.

Firma del padre: _____ Fecha: _____

Nombre impreso del padre: _____

Entiendo que para poder llevar mis propios medicamentos de rescate:

- Tendré que llevar conmigo mis medicamentos de emergencia en todo momento en un lugar seguro al que pueda acceder fácilmente yo o el personal del hospital en caso de una emergencia.
- Nunca compartiré este medicamento de emergencia recetado con ningún otro estudiante.

Firma del estudiante: _____ Fecha: _____