



ALLERGY SELF CARRY CONTRACT

STUDENT: _____ **DOB:** _____ **GRADE:** _____

- ☐ I plan to keep my Epi-pen with me at school rather than in the school health office.
- ☐ I agree to use my Epi-pen in a responsible manner, in accordance with my physician's orders.
- ☐ I will notify the school health office immediately if my Epi-pen has been used.
- ☐ I will not allow any other person to use my Epi-pen.

Student's Signature _____ Date _____

PADRE/GUARDIÁN: _____

Este contrato estará en efecto el presente año escolar a menos que el doctor del estudiante lo revoque o que el estudiante falle en cumplir las contingencias propuestas en el párrafo anterior.

- ☐ Estoy de acuerdo en ver que mi niño/a lleve la medicación prescrita, que el dispositivo contenga medicina, y que este al día.
- ☐ Se me ha recomendado que un Epi-pen de emergencia sea provisto al Oficial de Salud para casos de emergencia.
- ☐ Revisaré el estado de las alergias del estudiante regularmente como fue aceptado en el plan de salud.
- ☐ Proveeré a la escuela la autoización firmada por el proveedor de salud autorizando el uso de la medicación.

Firma de padre _____ Fecha _____

NURSE CONSULTANT: _____

- ☐ The above student has demonstrated correct technique for Epi-pen use, an understanding of the physician order for emergency use of the Epi-pen.
- ☐ School staff that have the need to know about the student's condition and the need to carry medication have been notified.
- ☐ I will review the medication authorization provided by the parent and signed by the parent and health care provider.

Nurse Consultant's Signature _____ Date _____