



Student Services Division of School Nurses

P.O. Box 1708 • Athens, Georgia 30603 • Phone (706) 546-7721, ext. 20752 • Fax (706) 353-1513

## Authorization to Carry Prescription Medication

\_\_\_\_\_ needs to carry the following prescription asthma medication, epinephrine auto injector, or diabetic medication with him/her. The above named student has been instructed in the proper use of the medication and fully understands how to administer this medication (It is preferable that additional asthma medication, epinephrine auto injectors, or diabetic medication be kept in the clinic in case the first is lost or left at home.

\_\_\_\_\_  
Medication

\_\_\_\_\_  
Dosage and Directions

\_\_\_\_\_  
Licensed Health Care Provider's Signature

\_\_\_\_\_  
Date

---

I have been instructed in the proper use of my prescription labeled medication and fully understand how to administer this medication. I will not allow another student to use my medication under any circumstances. I also understand that I will be subject to the consequences of the code of conduct should another student use my prescription. I also accept the responsibility for checking in with the School Nurse to keep him/her informed of use of my medication in case I start having problems.

\_\_\_\_\_  
Student's Signature

\_\_\_\_\_  
Date

---

**I hereby request that the above named student, over whom I have legal control, be allowed to carry and use the prescription medication described above, at school. I hereby release and discharge and further indemnify, hold harmless, or reimburse the Clarke County Board of Education, the Clarke County School District, its employees, agents, representatives, and all other officials, from any and all claims, actions, suits, losses, costs, expenses, and liability in case of accident or any other injury which might occur to my child through administering such medication. And, I hereby release said aforementioned board, district, employees and officials from any liability, suit, or claims of whatever nature and kind, which might arise as a result of administering the medication in accord with this request. I accept legal responsibility should the above medication be lost, given or taken by a person other than the above named student. I understand that if this should happen, the privilege of carrying the medication maybe revoked. I release the Clarke County School District and its employees of any legal responsibility when the above named student administers his/her own medication. I further provide a release for the school nurse or other designated school personnel to consult with the physician regarding any questions that may arise with regard to the medication.**

\_\_\_\_\_  
Parent/Guardian

\_\_\_\_\_  
Date



Servicios Estudiantiles División de Enfermería

P.O. Box 1708 • Athens, Georgia 30603 • Teléfono (706) 546-7721, ext. 20752 • Fax (706) 353-1513

## Autorización para Llevar Medicamentos Recetados

\_\_\_\_\_ necesita traer la siguiente medicina recetada para el asma, autoinyector de epinefrina, o medicina para la diabetes con él/ella. El estudiante mencionado anteriormente ha sido instruido en el uso apropiado de la medicación y entiende completamente cómo administrar esta medicación (es preferible que la medicación adicional para el asma, los autoinyectores de epinefrina, o la medicación para la diabetes se mantengan en la clínica en caso de que se pierda o se quede en la casa la medicina del estudiante).

\_\_\_\_\_  
Medicación

\_\_\_\_\_  
Dosis e Instrucciones

\_\_\_\_\_  
Firma del Doctor

\_\_\_\_\_  
Fecha

Me han instruido en el uso apropiado de mi medicamento etiquetado con receta y entiendo completamente cómo administrar este medicamento. No permitiré que bajo ninguna circunstancia otro estudiante use mi medicación. También entiendo que estaré sujeto a las consecuencias del código de conducta si otro estudiante usa mi receta. También acepto la responsabilidad de verificar con el enfermero de la escuela para mantenerlo informado del uso de mi medicación en caso de que comience a tener problemas.

\_\_\_\_\_  
Firma del Estudiante

\_\_\_\_\_  
Fecha

**Por la presente, solicito que al alumno arriba mencionado, sobre quien tengo el control legal, se le permita llevar y usar la medicación recetada descrita arriba, en la escuela. Por la presente, libero, exonero, indemnizo o reembolso a la Junta de Educación del Condado Clarke, al Distrito Escolar del Condado Clarke, sus empleados, agentes, representantes y todos los demás funcionarios de cualquier reclamo, acción, demanda, pérdidas, costos, gastos y responsabilidad en caso de accidente o cualquier otra lesión que pueda ocurrirle a mi hijo(a) a través de la administración de dicho medicamento. Y, por la presente libero a la mencionada junta, distrito, empleados y funcionarios de cualquier responsabilidad, demanda o reclamo de cualquier tipo y naturaleza que pueda surgir como resultado de la administración del medicamento de acuerdo con esta solicitud. Acepto la responsabilidad legal si la medicación anterior se pierde, se da o se toma por una persona que no sea el estudiante mencionado anteriormente. Entiendo que si esto sucediera, el privilegio de llevar el medicamento podría ser revocado. Dejo en libertad al Distrito Escolar del Condado Clarke y a sus empleados de cualquier responsabilidad legal cuando el estudiante nombrado anteriormente administre su propia medicación. También dejo en libertad al enfermero de la escuela u otro personal escolar designado para consultar con el médico con respecto a cualquier pregunta que pueda surgir con respecto al medicamento.**

\_\_\_\_\_  
Padre/Tutor

\_\_\_\_\_  
Fecha