



YPS PROVIDER ATTESTATION AND PARENT PERMISSIONS FOR INDEPENDENT MEDICATION CARRY AND USE

Directions for the Health Care Provider: This form may be used as an addendum to a medication order which does not contain the required diagnosis and attestation for a student to independently carry and use their medication as required by NYS law. A **provider order** and **parent/guardian permission** are needed in order for a student to carry and use medications that require rapid administration to prevent negative health outcomes. These medications should be identified by checking the appropriate boxes below.

Student Name: _____ **DOB:** _____

Health Care Provider Permission for Independent Use and Carry

I attest that this student has demonstrated to me that he or she can self-administer the medication(s) listed below safely and effectively, and may carry and use this medication (with a delivery device if needed) independently at any school/school sponsored activity. Staff intervention and support is needed only during an emergency. This order applies to the medications checked below:

This student is diagnosed with:

- Allergy and requires Epinephrine Auto-injector
- Asthma or respiratory condition and requires Inhaled Respiratory Rescue Medication
- Diabetes and requires Insulin/Glucagon/Diabetes Supplies
- _____ which requires rapid administration of _____
(State Diagnosis) (Medication Name)

Signature: _____ Date: _____

Parent/Guardian Permission for Independent Use and Carry

I agree that my child can use their medication effectively and may carry and use this medication independently at any school/school sponsored activity/field trip. Staff intervention and support is needed only during an emergency.

Signature: _____ Date: _____

Please return to School Nurse:

School Nurse:		School:
Phone #:	Fax:	Email:



**CERTIFICACIÓN DEL PROVEEDOR DE YPS Y PERMISOS DE LOS PADRES
PARA EL USO Y TRANSPORTE DE MEDICAMENTOS DE FORMA INDEPENDIENTE**

Instrucciones para el proveedor de atención médica: este formulario se puede utilizar como anexo a una orden de medicación que no contenga el diagnóstico y la certificación necesarios para que un estudiante lleve y use su medicación de forma independiente, tal como lo exige la ley del estado de Nueva York. Se necesita una **orden del proveedor** y el **permiso de los padres o tutores** para que un estudiante lleve y use medicamentos que requieran una administración rápida para prevenir resultados negativos para la salud. Estos medicamentos se deben identificar marcando las casillas correspondientes a continuación.

Nombre del estudiante: _____ **Fecha de nacimiento:** _____

Permiso del proveedor de atención médica para uso y porte independiente

Certifico que este estudiante me ha demostrado que puede administrarse por sí mismo los medicamentos que se enumeran a continuación de forma segura y eficaz, y que puede llevar y usar este medicamento (con un dispositivo de administración si es necesario) de forma independiente en cualquier escuela o actividad patrocinada por la escuela. La intervención y el apoyo del personal solo son necesarios durante una emergencia. Esta orden se aplica a los medicamentos marcados a continuación:

A este estudiante se le diagnostica:

- Alergia y requiere autoinyector de epinefrina
- Asma o afección respiratoria y requiere medicación de rescate respiratorio inhalada.
- Diabetes y requiere insulina/glucagón/suministros para la diabetes
- _____ que requiere una administración rápida de _____
(Diagnóstico) (Nombre del medicamento)

Firma: _____ **Fecha:** _____

Permiso de los padres o tutores para uso y porte independiente

Acepto que mi hijo/a puede usar su medicación de manera eficaz y puede llevarla consigo y usarla de manera independiente en cualquier escuela o actividad patrocinada por la escuela. La intervención y el apoyo del personal solo son necesarios en caso de emergencia.

Firma: _____ **Fecha:** _____

Por favor, devuelva a la enfermera de la escuela:

Enfermera:	Escuela:
Teléfono:	Fax:
	Correo electrónico: