

**LOS ANGELES UNIFIED SCHOOL DISTRICT  
Student Health and Human Services**

|   |                                   |                  |
|---|-----------------------------------|------------------|
| Name of Student / Nombre del estudiante | Birth date<br>Fecha de nacimiento | School / Escuela |
|---|-----------------------------------|------------------|

**STUDENT CONTRACT FOR SELF-ADMINISTRATION/SELF CARRY OF  
MEDICATION DURING SCHOOL HOURS**

I am requesting to give and/or carry my medication at school and I agree to do the following:

- I will tell the school nurse or \_\_\_\_\_ (trained school personnel) if there are any problems with my medication, supplies or equipment.
- I will tell the school nurse or \_\_\_\_\_ (trained school personnel) when I need help or if my symptoms do not get better after taking my medication.
- I will check in with the school nurse about my medication and how often I am using it \_\_\_\_\_ frequency.

I understand that any misbehavior with my medication, such as sharing medications with other students or not safely handling equipment, will mean the school administrator or school nurse can take away my self-administration privilege.

**ACUERDO ESTUDIANTIL PARA LA POSESIÓN Y SUMINISTRO PROPIO DE  
MEDICAMENTOS DURANTE EL HORARIO ESCOLAR**

Solicito autorización para llevar mi medicamento a la escuela y tomármelo, actuando de conformidad con las siguientes disposiciones:

- Le notificaré a la enfermera escolar o \_\_\_\_\_ (personal escolar capacitado) en caso de surgirme algún problema con el medicamento, la dosificación, o el equipo.
- Le notificaré a la enfermera escolar o \_\_\_\_\_ (personal escolar capacitado) si necesitara ayuda o si mis síntomas no mejoraran luego de tomar la medicación.
- Hablaré con la enfermera escolar en referencia a los medicamentos y la frecuencia con que los tomo \_\_\_\_\_ frecuencia.

Comprendo que cualquier clase de conducta indebida con los medicamentos, como por ejemplo convidar a otros estudiantes o el uso inapropiado de equipos, llevaría a que el administrador de la escuela o la enfermera escolar me retirara el privilegio de tomarme solo(a) los medicamentos.

|  |              |
|--|--------------|
| Signature of Student / <i>Firma del estudiante</i> | Date / Fecha |
| Signature of School Nurse                          | Date         |