



**MEDICAL SUPERVISION  
ADMINISTRATION OF MEDICINES  
St. Catherine School  
2021-2022**



**Student Photo**

**STUDENT INFORMATION / Información del Estudiante**

Last Name / <i>Apellido</i>	First Name / <i>Primer Nombre</i>	Middle Name / <i>Segundo Nombre</i>
Grade <i>Grado</i>	Homeroom Teacher <i>Maestro de Salón</i>	Date of Birth <i>Fecha de Nacimiento</i>

**Medical Supervision/Administration of Medicines:** I understand that the school is not legally obligated to store or administer medication for students and will not do so, either on a temporary or ongoing basis, except by special agreement. If I have indicated, by signing this paragraph below, that the school may administer **epinephrine injection (Epi-Pen)** to my child, and if the school has agreed to administer **epinephrine injection (Epi-Pen)** by signing this paragraph below, I authorize the school to administer the **epinephrine injection (Epi-Pen)** listed on this form, as indicated, but recognize that the school does not thereby undertake any ongoing duty to administer drugs or medicine, or to supervise or participate in any self-medication or medical program or ongoing, routine or non-emergency needs of my child, all of which remain my responsibility. Before any medication is given by the school, I will provide those medications in their original pharmacy containers, with the child's name and doctor's instructions on the label, and I will provide a written, signed authorization from a physician, including complete instructions.

**Supervisión Médica / Administración de Medicamentos:** Entiendo que la escuela no está legalmente obligado a almacenar o administrar medicamentos para los estudiantes y no lo hará, ya sea de forma temporal o permanente, salvo acuerdo especial. Si he indicado, mediante la firma de este párrafo a continuación, que la escuela puede administrar una inyección de epinefrina (Epi-Pen) para mi hijo, y si la escuela se ha comprometido a administrar una inyección de epinefrina (Epi-Pen) mediante la firma de este párrafo a continuación, autorizo la escuela para administrar la inyección de epinefrina (Epi-Pen) que aparece en el formulario, como se indica, pero hay que reconocer que la escuela no por ello asume ninguna obligación en curso para administrar fármacos o medicamentos, o para supervisar o participar en cualquier automedicación o médica programa o necesidades continuas, habituales o no son de emergencia de mi hijo, todos los cuales siguen siendo mi responsabilidad. Antes de que cualquier medicamento está dada por la escuela, voy a dar los medicamentos en sus envases originales de farmacia, con el nombre del niño y las instrucciones del médico en la etiqueta, y voy a dar una autorización escrita, firmada por un médico, que incluye instrucciones completas.

**Medication to be Self-Administered by the Child (for existing conditions/physician's note required / Medicamento para ser auto administrado por el Niño/a (para condiciones existentes, nota del doctor requerida):**

**Dosage / Dosis:** \_\_\_\_\_ **Frequency / Frecuencia:** \_\_\_\_\_

**Medication to be Administered by a Trained School Employee / Medicamento para ser Administrado por un Empleado de la Escuela Entrenado):**

**Dosage / Dosis:** \_\_\_\_\_ **Frequency / Frecuencia:** \_\_\_\_\_

**NOTE: ALL MEDICINES TO BE TAKEN ON SCHOOL GROUNDS, WHETHER SELF-ADMINISTERED OR ADMINISTERED BY THE SCHOOL (IF SCHOOL AGREES TO DO SO), MUST BE ARRANGED FOR IN ADVANCE, AND MUST BE PROVIDED IN THEIR ORIGINAL PHARMACY CONTAINER, INCLUDING THE CHILD'S NAME AND DOCTOR'S INSTRUCTIONS. NOTA: TODOS LOS MEDICAMENTOS TRAJIDOS A LA ESCUELA, YA SEA PARA SER AUTOADMINISTRADO O ADMINISTRADO POR LA ESCUELA (SI LA ESCUELA acepta que así sea), debe ser arreglado de antemano, y se deben proporcionar en su envase original de la farmacia, INCLUYENDO EL NOMBRE DEL NIÑO y las instrucciones del médico.**

**THE SCHOOL WILL NOT ADMINISTER MEDICINES UNLESS A PHYSICIAN'S WRITTEN AND SIGNED AUTHORIZATION, INCLUDING COMPLETE INSTRUCTIONS, IS ATTACHED TO THIS FORM. LA ESCUELA NO ADMINISTRARÁ MEDICAMENTOS A MENOS QUE HAYA UNA AUTORIZACION POR ESCRITO FIRMADA POR UN MEDICO, INCLUYENDO LAS INSTRUCCIONES COMPLETAS, adjunto al presente FORMULARIO**

In consideration of the arrangement indicated in this paragraph, the undersigned hereby releases and discharges the Diocese of San Jose, its constituent organizations, including but not limited to The Roman Catholic Welfare Corporation, the Department of Education and St. Catherine Catholic School, and their respective officers, agents and employees (the "Diocese") for any and all claims for personal injuries or property damage that I or my child may suffer as a result of this arrangement whether or not such injuries or damages be caused by the negligence (whether active or passive) of any of the entities or individuals named or described above, excepting only injuries or damage resulting from Diocese's willful misconduct. I authorize and request the school to administer the above medications to my child on these terms. *En consideración de la disposición indicada en este párrafo, los suscritos por este medio liberan a la Diócesis de San José, sus organizaciones constituyentes, incluyendo pero no limitado a la Sociedad Corporativa Católica Romana, el Departamento de Educación y la Escuela St. Catherine Catholic School, y su respectivos funcionarios, agentes y empleados (la "Diócesis") de cualquiera y todas las reclamaciones por lesiones personales o daños a la propiedad que yo o mi niño podamos sufrir como resultado de este acuerdo ya se que este tipo de lesiones o daños que sean causados o no por la negligencia (ya sea activa o pasiva) de cualquiera de las entidades o personas nombradas o descritas anteriormente, exceptuando sólo las lesiones o daños causados mala conducta voluntaria. Yo autorizo y solicito que la escuela administre los medicamentos anteriores a mi hijo en estos términos.*

---

Signature of Parent/Legal Guardian / *Firma de Padre o Tutor Legal*

Date / *Fecha*

On behalf of the School, I agree to supervise administration of the above medications, consistent with the terms contained herein. / *En nombre de la escuela, estoy de acuerdo para supervisar la administración de los medicamentos anteriores, de conformidad con los términos contenidos en el presente documento.*

---

Signature of School Principal / *Firma del Principal de la Escuela*

Date / *Fecha*

**1. General Terms of Parental Consent / *Condiciones generales de Consentimiento de los Padres:***

**CONFIDENTIAL MEDICAL OR EDUCATIONAL INFORMATION AS SET FORTH IN THIS FORM WILL BE GATHERED, USED AND DISSEMINATED ONLY BY THE PERSONS AND ONLY FOR THE PURPOSES SET FORTH HEREIN, OR AS OTHERWISE ALLOWED BY LAW. INFORMACION CONFIDENCIAL MÉDICA O EDUCATIVA COMO SE ESTABLECE EN ESTA FORMA será recogida, usada, y difundida SOLAMENTE POR LAS PERSONAS Y SOLO PARA LOS FINES ESTABLECIDOS EN EL PRESENTE, O DE LO PERMITIDO POR LA LEY.**

**THIS AUTHORIZATION IS EFFECTIVE ONLY FOR THE SCHOOL YEAR LISTED ABOVE, AND WILL EXPIRE ON **JUNE 15 OF EACH SCHOOL YEAR**. IT MAY BE REVOKED AT ANY TIME IN WRITING SIGNED BY EITHER PARTY. IF REVOKED, THE SCHOOL RESERVES THE RIGHT TO SUSPEND OR TERMINATE THE ATTENDANCE OF THE CHILD AT THE SCHOOL. ESTA AUTORIZACION ES EFECTIVA SOLO POR EL AÑO ESCOLAR DE LA LISTA ANTERIOR, Y EXPIRARA EL 15 DE **JUNIO DE CADA AÑO**. Y PUEDE SER REVOCADO EN CUALQUIER MOMENTO POR UN ESCRITO FIRMADO POR CUALQUIER DE LAS DOS PARTES. SI ES REVOCADO, LA ESCUELA SE RESERVA EL DERECHO DE SUSPENDER O TERMINAR LA ASISTENCIA DEL NIÑO EN LA ESCUELA.**

**I AGREE TO AND CONSENT TO THE ACTIONS SET FORTH HEREIN AND HEREBY GRANT AUTHORIZATION OF THE SCHOOL TO OBTAIN AND USE MEDICAL INFORMATION AND RECORDS BY THE PERSONS, FOR THE PURPOSES, AND DURING THE TIME SET FORTH ABOVE. ACEPTO Y DOY MI CONSENTIMIENTO PARA LAS ACCIONES ESTABLECIDAS EN EL PRESENTE Y POR LA PRESENTE CONCESIÓN DE AUTORIZACIÓN DE LA ESCUELA DE OBTENER Y UTILIZAR INFORMACION Y REGISTROS MEDICOS A LAS PERSONAS, PARA LOS EFECTOS NECESARIOS Y DURANTE EL TIEMPO ESTIPULADO ANTERIORMENTE.**

**I UNDERSTAND THAT I HAVE A RIGHT TO RECEIVE A TRUE COPY OF THIS AUTHORIZATION. BY MY SIGNATURE, I ACKNOWLEDGE THAT A TRUE COPY OF THIS AUTHORIZATION HAS BEEN RECEIVED BY ME. ENTIENDO QUE TENGO DERECHO A RECIBIR UNA COPIA FIEL DE ESTA AUTORIZACIÓN. CON MI FIRMA, RECONOZCO QUE COPIA FIEL DE ESTA AUTORIZACION HA SIDO RECIBIDA POR MÍ.**

---

Signature / *Firma*

Print Name / *Imprimir el Nombre*

Date / *Fecha*

Relationship to Above-Named Child: *Parentesco con el Niño/a Mencionado arriba*

---



---

Signature / *Firma*

Print Name / *Imprimir el Nombre*

Date / *Fecha*

Relationship to Above-Named Child: *Parentesco con el Niño/a Mencionado arriba*

---