

EPIPEN INJECTOR CONSENT

Student Name: _____ **DOB:** _____

I agree to allow the above-name student to use his/her prescribed Epipen Injector on school premises in the event that he/she is suffering from emergency allergic reaction.

It is imperative that parent(s)/guardian(s) supply the school with a prescribed Epipen Injector for his/her child. 911 will be called for students who DO NOT have his/her own supply of prescribed Epipen Injector in the event that the student is suffering from emergency allergic reaction.

Parent/Guardian Signature: _____ **Date:** _____

CONSENTIMIENTO PARA EL USO DE EL INYECTOR EPIPEN

Nombre del Estudiante: _____ Fecha de Nacimiento: _____

Estoy de acuerdo en permitir que el estudiante arriba mencionado pueda usar su prescripción de inyector EpiPen en la escuela en el caso de que él/ella está sufriendo de una reacción alérgica de emergencia .

Es importante que los padre(s)/tutor(es) facilitén a la escuela con un EpiPen Inyector recetado a su hijo/a. Se llamará al 911 para los estudiantes que no tienen su propio suministro de inyector EpiPen en caso de que el estudiante está sufriendo de una reacción alérgica de emergencia .

FirmPadre/Tutor: _____ Fecha: _____