



LOS ANGELES UNIFIED SCHOOL DISTRICT
Medical Services Division
District Nursing Services Branch

**PARENTS'/GUARDIANS' AUTHORIZATION AND STUDENT CONTRACT TO PERFORM SELF-CARE TASKS INDEPENDENTLY
RELATED TO DIABETES CARE DURING SCHOOL HOURS AND SCHOOL-SPONSORED EVENTS**

	☐ Male Masculino	☐ Female Femenino	☐ Non-binary No-binario	
Students Name Nombre del estudiante	Date of Birth Fecha de Nacimiento	Gender (select one) Género (seleccione uno)	School Escuela	

I request that my child, _____, is identified by the licensed Healthcare Provider (HCP) as having an independent level of self-care abilities to perform all diabetes-related tasks without adult supervision at school and all school-sponsored events. To carry out these tasks, my child must always have access to their diabetes supplies.

It is appropriate and acceptable for my child to carry their blood glucose meter, insulin supplies, and low blood glucose treatment sources with them to take care of themselves. They should also be allowed to self-administer diabetes medication and perform all diabetes-related tasks at school and all school-sponsored events as prescribed by their licensed HCP. I take full responsibility for supplying all diabetes medication and supplies and agree to comply with the diabetes care policies and procedures of the district. I request that the school follow the orders of the licensed HCP written in the Diabetes Medical Management Plan (DMMP).

I believe that my child is physically, mentally, and behaviorally capable of self-administering diabetes medication and to independently perform diabetes management. I hereby expressly waive and release the Los Angeles Unified School District from any rights or claims of any nature whatsoever I may have against the Los Angeles Unified School District, the Board of Education of the Los Angeles Unified School District, and its members, volunteers, and employees, arising out of, in connection with, or resulting from the above request.

I give my permission to exchange medical information regarding my child's independent self-care of diabetes management at school with the authorized licensed HCP and pharmacist.

**AUTORIZACIÓN DEL PADRE/TUTOR LEGAL Y CONTRATO CON EL ESTUDIANTE PARA REALIZAR TAREAS DE CUIDADO PERSONAL
DE FORMA INDEPENDIENTE RELACIONADAS CON EL CUIDADO DE LA DIABETES DURANTE HORARIO ESCOLAR Y EVENTOS
PATROCINADOS POR LA ESCUELA**

Solicito que mi hijo, _____, sea identificado por el prestador de servicios médicos (HCP, por sus siglas en inglés) con licencia como un estudiante con un nivel independiente de habilidades de cuidado personal para realizar todas las tareas relacionadas con la diabetes sin la supervisión de un adulto en la escuela y en todos los eventos patrocinados por la escuela. Para llevar a cabo estas tareas, mi hijo siempre debe tener acceso a sus insumos para la diabetes.

Es apropiado y aceptable que mi hijo lleve consigo su medidor de glucosa en la sangre, insumos de insulina y fuentes de tratamiento para glucosa baja en la sangre con el fin de cuidarse. También se le debe permitir que se aplique el medicamento para la diabetes y realizar todas las tareas relacionadas con la diabetes en la escuela y en todos los eventos patrocinados por la escuela según lo prescrito por su prestador de servicios médicos (HCP) con licencia. Asumo plena responsabilidad de suministrar todos los medicamentos e insumos para la diabetes y acepto cumplir con las políticas y los procedimientos del distrito para el cuidado de la diabetes. Solicito que la escuela siga las órdenes del HCP con licencia escritas en el Plan de Control Médico de la Diabetes (DMMP, por sus siglas en inglés).

Considero que mi hijo está capacitado conductual, física y mentalmente para aplicarse el medicamento para la diabetes y para llevar a cabo de forma independiente el control de la diabetes. Por la presente, eximo y exonero expresamente al Distrito Escolar Unificado de Los Ángeles de cualquier derecho o reclamo de cualquier naturaleza que yo pueda tener contra el Distrito Escolar Unificado de Los Ángeles, la Junta de Educación del Distrito Escolar Unificado de Los Ángeles y sus miembros, voluntarios y empleados, que surja de, en relación con, o como resultado de la solicitud anterior.

Doy mi permiso para intercambiar información médica con respecto al cuidado personal independiente del control de la diabetes de mi hijo en la escuela con el HCP con licencia y el farmacéutico.

Signature of Parent or Guardian <i>Firma del Padre or Madre</i>	Date <i>Fecha</i>
Signature of School Nurse <i>Firma de la enfermera de la escuela</i>	Date <i>Fecha</i>
Signature of Principal <i>Firma del director</i>	Date <i>Fecha</i>



LOS ANGELES UNIFIED SCHOOL DISTRICT

Medical Services Division

District Nursing Services Branch

**PARENTS'/GUARDIANS' AUTHORIZATION AND STUDENT CONTRACT TO PERFORM SELF-CARE TASKS
INDEPENDENTLY RELATED TO DIABETES CARE DURING SCHOOL HOURS AND SCHOOL-SPONSORED EVENTS**

☐ Male ☐ Female ☐ Non-binary
Masculino Femenino No-binario

Student Name Nombre del estudiante	Date of Birth Fecha de Nacimiento	Gender (select one) Género (seleccione uno)	School Escuela
---------------------------------------	--------------------------------------	--	-------------------

**STUDENT CONTRACT TO PERFORM SELF-CARE TASKS INDEPENDENTLY RELATED TO DIABETES CARE DURING
SCHOOL HOURS AND SCHOOL-SPONSORED EVENTS**

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

- ✓ I will inform the licensed nurse or trained school personnel if there are any problems with my diabetes medication, supplies or equipment.
- ✓ I will inform the licensed nurse or trained school personnel when I need help or if my symptoms do not get better after taking my medication and or insulin or hypoglycemia treatment.
- ✓ I will check in with the school nurse once a month or as needed about my diabetes management regimen insulin administration, other diabetes medication, and treatment and how often I am using it.
- ✓ I will perform all diabetes related tasks as directed in the Diabetes Medical Management Plan (DMMP).
- ✓ I will notify the licensed nurse, or trained school personnel if my blood glucose result is below ___ mg/dL or above ___ mg/dL as indicated in the DMMP or when I'm having symptoms of low and high blood glucose levels, or when I'm feeling ill.

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

**CONTRATO CON EL ESTUDIANTE PARA REALIZAR TAREAS DE CUIDADO PERSONAL DE FORMA INDEPENDIENTE RELACIONADAS CON
EL CUIDADO DE LA DIABETES DURANTE HORARIO ESCOLAR Y EVENTOS PATROCINADOS POR LA ESCUELA**

Solicito aplicarme y/o llevar mis medicamentos e insumos para la diabetes en la escuela, y acepto hacer lo siguiente:

- ✓ Le informaré a la enfermera con licencia o al personal escolar capacitado si hay algún problema con mis medicamentos, insumos o equipos para la diabetes.
- ✓ Le informaré a la enfermera con licencia o al personal escolar capacitado cuando necesite ayuda o si mis síntomas no mejoran después de tomar mi medicamento y/o insulina o tratamiento para la hipoglucemia.
- ✓ Consultaré con la enfermera de la escuela una vez al mes o según sea necesario sobre mi régimen de control de la diabetes, administración de insulina, otros medicamentos para la diabetes y el tratamiento y la frecuencia con la que los estoy usando.
- ✓ Realizaré todas las tareas relacionadas con la diabetes según lo indicado en el Plan de Control Médico de la Diabetes (DMMP, por sus siglas en ingles).
- ✓ Notificaré a la enfermera con licencia o al personal de la escuela capacitado si el resultado de mi glucosa en la sangre está por debajo de ___ mg/dL o por encima de ___ mg/dL como se indica en el DMMP o cuando tenga síntomas de niveles bajos y altos de glucosa en la sangre, o cuando me sienta mal.

Entiendo que cualquier mala conducta con mis tareas relacionadas con la diabetes, como compartir medicamentos con otros estudiantes, no manejar los equipos de manera segura o no seguir el DMMP, causará que el administrador de la escuela o la enfermera de la escuela puedan quitarme el privilegio de aplicarme mis medicamentos de forma independiente.

Signature of Student <i>Firma del Estudiante</i>	Date <i>Fecha</i>
Signature of School Nurse <i>Firma de la enfermera de la escuela</i>	Date <i>Fecha</i>
Signature of Principal <i>Firma del director</i>	Date <i>Fecha</i>