

Autorización Para Administración del Medicamento de Asma en la Escuela

Nombre del estudiante: _____ Fecha de nacimiento: _____

Escuela: _____ Grado: _____

Medicamento de asma	Dosis/Método i.e. píldoras, inhalador, aerosol	Frecuencia	Posible efectos secundarios	Comentarios
1.				
2.				
3.				

Otras consideraciones/instrucciones: _____

Fecha de comienzo del año escolar: _____ (Todas las autorizaciones vencen al fin del año escolar)

- El estudiante está bien informado sobre el medicamento y cómo administrarlo.
- El estudiante tiene las habilidades para poseer y utilizar el inhalador.
- El estudiante puede así mismo-administrar el medicamento de asma.

Nombre del médico (letra de molde

Firma del médico

Dirección de la clínica

Número de teléfono

Fecha

Autorización del padre/ guardián

Solicito que los medicamentos antes mencionados sean administrados durante horas de la escuela según lo ordenado por el médico/ prescritador licenciado de este estudiante. También solicito según lo prescrito que los medicamentos sean administrados durante paseos y otras actividades patrocinadas por la escuela.

Relevo al personal de la escuela de responsabilidad en el acontecimiento que reacciones adversas resulten debido al tomar los medicamentos. Notificaré a la escuela de cualquier cambio en los medicamentos (eje: cambio en dosis, medicamento discontinuado, etc.).

Doy el permiso a la enfermera de la escuela que se comuniquen con los profesores del estudiante sobre el asma del estudiante.

Doy el permiso que la enfermera de la escuela consulte con el médico/ prescritador licenciado del estudiante arriba nombrado en relación a cualquiera pregunta que se presente con respecto a los medicamentos mencionados.

- Mi hijo/hija puede así mismo-administrar su medicamento de asma.

Nombre del padre/ guardián

Firma

Fecha

NOTA: El medicamento debe ser proveído en la botella/ receta original.

The Asthma & Allergy Foundation of America, Texas
info@aafatexas.org * www.aafatexas.org