

## AUTORIZACION MEDICA PARA ESTUDIANTES CON ASMA

Un inhalador para alivio rápido debe estar disponible en la escuela en caso de un ataque de asma. Si es posible, el niño(a) debe tener un espaciador. El espaciador es un instrumento que permite que el inhalador trabaje mejor. El espaciador distribuye el medicamento lentamente para que llegue a los pulmones en vez de que pegue en la parte posterior de la boca. El inhalador y el espaciador se pueden mantener en la dirección de la escuela. Además, una ley reciente permite que los estudiantes carguen consigo y se administren el medicamento recetado para el asma si la escuela recibe este formulario (o un consentimiento específico) llenado por el médico Y por los padres/guardianes del estudiante. **Padres/Guardianes, por favor llenen el formulario en su totalidad y devuélvalo a la dirección de la escuela.**

\_\_\_\_\_  
Nombre del Estudiante

\_\_\_\_\_  
Fecha de Nacimiento

\_\_\_\_\_  
Escuela/Maestra/Grado

### **PHYSICIAN SECTION (SECCION DEL MEDICO):**

**Medication:** \_\_\_\_\_ **Dose:** 2 puffs 1 minute apart or: \_\_\_\_\_

**Frequency:** \_\_\_\_\_

Please check the appropriate box(es) below

- Inhaler to be kept in the school office, and school personnel to help administer the medication.
- Student should be allowed to carry and self-administer the medication (*Education Code 49423*). This child has been instructed in how to self-administer the quick relief medication.
- Student needs medication before PE/recess:  
\_\_\_\_ As needed.                      \_\_\_\_ Always use 15 – 20 minutes before exercise.

\_\_\_\_\_  
Physician Name

\_\_\_\_\_  
Physician Signature

\_\_\_\_\_  
Date

\_\_\_\_\_  
Phone #

\_\_\_\_\_  
Fax #

### **SECCION PARA LOS PADRES/GUARDIÁNES:**

- Yo estoy de acuerdo con las recomendaciones del medico como se describen arriba.
- Yo, el padre/guardián legal del estudiante mencionado arriba también:
  - Estoy de acuerdo que es mi responsabilidad asegurarme que el niño(a) tenga su inhalador, y si es posible, tenerlo disponible dentro de la escuela y otras actividades escolares.
  - Estoy de acuerdo que si el niño(a) se va a suministrar el medicamento, el/ella sabe como hacerlo y entiende el propósito del inhalador, como usar el inhalador y que tan frecuente debe usarse el inhalador.
  - Doy mi autorización para que la enfermería de la escuela se ponga en contacto con el médico del niño(a) respecto al medicamento.
  - Estoy de acuerdo de absolver al Distrito Escolar y al personal de la escuela de cualquier responsabilidad civil relacionada con el suministro del medicamento por el niño(a).
  - Notificare a la escuela inmediatamente si hay algún cambio en el medicamento del niño(a).
  - Entiendo que este formulario se vence al terminar el año escolar.

\_\_\_\_\_  
Nombre del Padre/Guardián

\_\_\_\_\_  
Firma del Padre/Guardián

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Numero de Teléfono