



Asthma Checklist

Estimado Padre de Familia,

Nuestros registros indican que su hijo tiene asma que puede requerir tratamiento mientras este presente en la escuela. La siguiente lista le ayudara a recordar que materiales y documentos traer que nos darán la información y autorización necesarias para tratar a su hijo. Favor de traer a la oficina escolar todos los materiales y documentación rellena antes del Viernes, Agosto 24, 2018.

Los materiales de su hijo deberán incluir:

- € Inhalador de alivio con etiqueta de receta (Inhalador debe de estar en su caja original).
- € Dispositivo espaciador, si es necesario.
- € Medicamento y materiales de nebulizador, si es necesario.
- € Plan de Acción de su hijo, proveniente por su doctor.
- € Formulario de Solicitud para Aplicar Medicamento en la Escuela (Favor de pedir este formulario en la oficina de la escuela cuando traiga los medicamentos. Cada medicamento que se envía a la escuela requiere un formulario por separado.)

Para que su hijo tenga el mejor año escolar posible, es importante que yo tenga todos los materiales e información necesarios para proveer la atención adecuada. **Favor de recordar que las políticas de YES Prep Public Schools no permiten que su hijo lleve consigo su inhalador en la escuela.** Todo medicamento se guardará en la enfermería escolar y solamente se utilizará bajo la supervisión aprobada.

Si no tenemos todos los formularios y materiales a mano y su hijo tiene una reacción seria, posiblemente tendremos que llamar al 911 para asegurar la seguridad de su hijo.

Si tiene alguna pregunta, favor de no dudar en comunicarse conmigo.

Atentamente,

Maria Flores

Asistente Medico

(713)467-9564

Diabetes Checklist

Estimado Padre de Familia,

Nuestros registros indican que su hijo tiene diabetes que puede requerir tratamiento mientras este presente en la escuela. **Favor de traer todos los materiales y el Plan de Control Medico de Diabetes a la clinica escolar para el Viernes, Agosto 24, 2018.**

Los formularios y materiales de su hijo deben incluir:

- € Plan de Control y Tratamiento de Diabetes
- € Monitor de azucar sanguinea
- € Tiras de analisis
- € Insulina o materiales de bomba
- € Jeringas o agujas para aplicador de insulina
- € Glucagon para emergencias
- € Tabletas de glucose o gel de glucosa
- € Bocadoitos y Jugo, si es necesario.
- € Tiras para analisis de cetonas, si es necesario.
- € Formulario de Solicitud para Medicamentos (Favor de pedir este formulario en la oficina de la escuela cuando traiga los medicamentos; Cada medicamento requiere un formulario por separado)

Para que su hijo pueda tener el mejor año escolar posible, es importante que yo tenga todos los materiales necesarios y autorizaciones indicadas, para atenderle de la manera adecuada y responder en caso de una emergencia.

Si no tenemos todos los formularios y materiales a mano y su hijo tiene una reacción seria, posiblemente tendremos que llamar al 911 para asegurar la seguridad de su hijo.

Si tiene alguna pregunta, favor de no dudar en comunicarse conmigo.

Atentamente,

Maria Flores

Asistente Medico

(713) 967-9564

Seizure Checklist

Estimado Padre de Familia,

Nuestros registros indican que su hijo tiene una historia de ataques epilepticos que podrían requerir tratamiento mientras esté presente en la escuela. **Favor de traer todos los materiales y el Plan de Control Médico de Ataques a la clínica escolar para el Viernes, Agosto 24, 2018.**

Los formularios y materiales de su hijo deben incluir:

- € Plan de Control y Tratamiento de Ataques
- € Diastat u otro medicamento, de haberse recetado
- € Formulario de Solicitud para Medicamentos (Favor de pedir este formulario en la oficina de la escuela cuando traiga los medicamentos)
- € Oxígeno y materiales, de haberse recetado

Para que su hijo pueda tener el mejor año escolar posible, es importante que yo tenga todos los materiales necesarios y autorizaciones indicadas, para atenderle de la manera adecuada y responder en el caso de una emergencia.

Por regla de YES Prep Public Schools se llama al 911 a cualquier tiempo que un ataque suceda.

Si tiene alguna pregunta, favor de no dudar en comunicarse conmigo.

Atentamente,

Maria Flores

Asistente Medico

713-967-9564



**SCHOOL HEALTH SERVICES
GUIDELINES TO POSSESS AND SELF-ADMINISTER
PRESCRIPTION ASTHMA MEDICINE**

House Bill 1688 passed by the 17^m Legislature allows a student with asthma to possess and self-administer prescription asthma medicine while on school property if:

1. The prescription asthma medicine has been prescribed for the student as indicated by the prescription label on the medicine;
2. The self-administration is done in compliance with the prescription or written instruction from the student's physician or other licensed health care provider;
3. A parent/guardian of the student provides to the school a written statement from the student's physician or other licensed health care provider, signed by the physician or provider that states:
 - a. That the student has asthma and is capable of self-administering the prescription asthma medicine
 - b. The name and purpose of the medicine
 - c. The prescribed dosage for the medicine
 - d. The time at which or circumstances under which the medicine may be administered
 - e. The period for which the medicine is prescribed

This form must be completed to allow your child to possess and self-administer prescription asthma medicine.

SCHOOL HEALTH SERVICES PHYSICIAN STATEMENT

I have prescribed the following asthma medicine for _____

Student's Name

Name of medicine _____

Purpose of the medicine _____

Dosage _____

Time or circumstances of administration _____

Time period for which the medicine is prescribed _____

The student **IS** or **IS NOT** capable of possessing and self-administering the above medication
(Circle One)

while on school property or at school related event or activity.

Physician's Name Printed _____ Phone _____

Physician Signature _____ Date _____

PARENT AUTHORIZATION

I authorize my child, _____, to possess and self-administer prescription asthma medicine while on school property or at a school related event or activity in accordance with the above physician authorization. I understand that by law the medicine must have a prescription label on it.

Parent/Legal Guardian Signature _____ Date _____

STUDENT AGREEMENT

I agree to use my prescription asthma medicine in accordance with the above physician statement and parent authorization and that I will ensure that other students do not have access to my medicine. I also agree to report to the school nurse/health aide if my symptoms are not relieved by my medicine.

Student Signature _____ Date _____