

**Distrito escolar independiente de Hitchcock**

**AUTORIZACION PARA AUTO-ADMINISTRACION DEL  
MEDICAMENTO PARA EL ASMA**

---

Nombre del estudiante: \_\_\_\_\_ Profesor(a)/grado: \_\_\_\_\_

Nombre del padre/madre: \_\_\_\_\_

Información para contactar a los padres: \_\_\_\_\_

Proveedor de salud que prescribió la receta: \_\_\_\_\_

Información para contactar al proveedor de salud que prescribió la receta: \_\_\_\_\_

---

Descripción de la condición/razón para el medicamento: \_\_\_\_\_

---

Medicamento prescrito y dosis: \_\_\_\_\_

¿Cómo /Cuándo el medicamento debe ser usado en la escuela (dosis, método, tiempos)

---

Tiempo anticipado del tratamiento: \_\_\_\_\_

Posibles reacciones secundarias: \_\_\_\_\_

---

\_\_\_\_\_ (*nombre del estudiante*) tiene asma y es tratado(a) con medicamento prescrito. (El) (Ella) es capaz de administrarse su propio medicamento en la escuela y en actividades-relacionadas con o de la escuela. El distrito debe ser informado de cualquier cambio hecho al medicamento descrito en esta forma, a la dosis, o de los cambios recomendados en una forma actualizada de esta autorización.

Padre/madre: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Médico que prescribe el medicamento: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_