

**PERMISSION TO CARRY PRESCRIPTION INHALER  
PERMISO PARA LLEVAR EL INHALADOR RECETADO**

The following are guidelines for students who use prescription inhalers for the treatment of breathing problems:

- Inhalers will be kept in the locked first aid cabinet located in each school's office area, and a written record will be kept each time one is administered.
- A prescription medication form signed by the parent and doctor must be on file in the school office.
- An inhaler may only be carried by a student when the physician indicated the need to do so and a permission form to that effect is on file in the school office. These students should be cautioned by their doctors and parents that inhalers are a prescribed medication for their use only and should not be shared with others.
- Every inhaler, whether kept in the school cabinet or carried, must have the student 's name on it.

*Las siguientes son guías para los estudiantes que usan inhaladores recetadas para el tratamiento de problemas de respirar:*

- *Inhaladores estarán guardados en gabinetes cerradas de primeros auxilios en la oficina de cada escuela, y un registro escrito usado cada vez administrado.*
- *Tienen que tener en el archivo un formulario de medicina recetada firmado por el padre y el doctor en la oficina.*
- *El estudiante puede llevar el inhalador en su persona sólo si el doctor indica que es necesario y si tenemos en la oficina un formulario de consentimiento con esto dicho en la oficina. Los doctores y padres deben dar advertencias a estos estudiantes que los inhaladores son una medicina recetada para solo su uso y no para compartir con otros.*
- *Cada inhalador, en el gabinete o llevado, tiene que llevar el nombre del estudiante.*

---

Student Name/*Nombre del estudiante*: \_\_\_\_\_

Date of Birth/*Fecha de nacimiento*: \_\_\_\_\_

Name of medication/*Nombre de la medicina*: \_\_\_\_\_

Reason medication is being prescribed/*Para que es la medicina*: \_\_\_\_\_

Possible side effects/*Efectos secundarios*: \_\_\_\_\_

Date/*Fecha*: \_\_\_\_\_ Physician's Signature/*Firma del doctor*: \_\_\_\_\_

Physician's Address/*Dirección del doctor*: \_\_\_\_\_

Telephone No/*Numero de telefono del doctor*: \_\_\_\_\_

---

**PARENT AUTHORIZATION/AUTORIZACIÓN DEL PADRE:**

I give permission for my son/daughter to carry his/her prescription inhaler at all times during the school day as directed by the above physician.

*Doy permiso para que mi hijo/a pueda llevar su inhalador recetado a todas horas durante el día escolar por el doctor.*

Date/*Fecha*: \_\_\_\_\_

Parent/Guardian Signature/*Firma del padre/tutor legal*: \_\_\_\_\_