

**PERMISSION FORM FOR STUDENTS TO
INDEPENDENTLY USE AN INHALER**

Date: _____

Your son/daughter _____ Grade _____
Date of Birth _____ has indicated that an inhaler is being used as needed

Please sign below to indicate that you believe that your son/daughter, as indicated above, is capable of self-medicating on an as needed basis. He/She will also be held responsible for having the appropriate medication in school, at special events and trips. Your physician's signature is also required.

Parent signature _____ Date _____

Physician signature _____ Date _____

PLEASE RETURN THIS FORM TO THE NURSE'S OFFICE

**FORMULARIO DE PERMISO PARA QUE EL ESTUDIANTE
USE INDEPENDIENTEMENTE UN INHALADOR**

Fecha:

Su hijo/a _____ grado _____

fecha de nacimiento _____ nos ha indicado que utiliza un inhalador cuando es necesario.

Por favor firme debajo indicando que usted cree que su hijo/a, como se indicó antes, es capaz de usar el inhalador para auto-medicarse cuando sea necesario. El/ella también será responsable de tener la medicación apropiada en la escuela, en eventos especiales y paseos. También se requiere la firma de su médico.

Firma del padre _____ Fecha _____

Firma del Médico _____ Fecha _____

**POR FAVOR DEVUELVA ESTE FORMULARIO
A LA OFICINA DE LA ENFERMERA**