

# Self-Carry Inhaler Plan for Students

Date of plan: \_\_\_\_\_

This plan is valid for the current school year: \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

---

## Student

- I plan to keep my rescue inhaler with me at school rather than in the school health office.
- I agree to use my rescue inhaler in a responsible manner, in accordance with my physician's orders.
- I will notify the school health office if I am having more difficulty than usual with my asthma.
- I will not allow any other person to use my inhaler.

---

## Parent/Guardian

- This contract is in effect for the current school year unless revoked by the physician or the student fails to meet the above safety contingencies.
- I agree to see that my child carries his/her medication as prescribed, that the device contains medication, and the date is current.
- It has been recommended to me that a back-up rescue inhaler be provided to the Health Office for emergencies.
- I will review the status of the student's asthma with the student on a regular basis as agreed in the health care plan.
- I will provide the school a Health Care Provider-signed medication authorization for this medication.

---

## District Registered Nurse

- The above student has demonstrated correct technique for inhaler use, an understanding of the physician order for time and dosages, and an understanding of the concept of pretreatment with an inhaler prior to exercise.
- School staff that have the need to know about the student's condition and the need to carry medication have been notified.
- I will review the medication authorization provided by the parent and signed by the health care provider.

---

## Signatures

This plan for students carrying inhalers with them while at school has been approved by:

---

Student

Date

---

Student's Parent/Guardian

Date

---

School Nurse/Other Qualified Health Care Personnel

Date

# Contrato para estudiantes que lleven inhaladores con ellos mientras están en la escuela

Fecha: \_\_\_\_\_

Este plan es válido para el año escolar actual: \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

---

## Estudiante

- Planeo llevar conmigo en la escuela mi inhalador de emergencia, en lugar de que esté en la oficina de salud de la escuela.
- Acepto usar mi inhalador de emergencia de manera responsable, de acuerdo con las órdenes de mi médico.
- Notificaré a la oficina de salud de la escuela si tengo más dificultades de lo habitual con mi asma.
- No permitiré que ninguna otra persona use mi inhalador.

---

## Padre/Guardián

- Este contrato está en vigor para el año escolar actual a menos que el médico lo revoque o el estudiante no cumpla con las contingencias de seguridad mencionadas anteriormente.
- Estoy de acuerdo en que mi estudiante lleve su medicamento según lo recetado, que el dispositivo contenga ese medicamento y que la fecha esté actualizada.
- Se me recomendó que se proporcione un inhalador de rescate de respaldo a la Oficina de Salud para emergencias.
- Revisaré el estado del asma de mi estudiante de forma regular según lo acordado en el plan de atención médica.
- Proporcionaré a la escuela una autorización de medicamento firmada por el proveedor de atención médica para este medicamento.

---

## Enfermera Registrada del Distrito

- El estudiante mencionado anteriormente ha demostrado la técnica correcta para el uso del inhalador, una comprensión de la orden del médico sobre el tiempo y las dosis, y una comprensión del concepto de pretratamiento con un inhalador antes del ejercicio.
- Se ha notificado al personal de la escuela que tiene la necesidad de saber sobre la condición del estudiante y la necesidad de llevar medicamentos.
- Revisaré la autorización de medicamentos proporcionada por los padres y firmada por el proveedor de atención médica.

---

## Firmas

Este plan para estudiantes que lleven inhaladores con ellos mientras están en la escuela ha sido aprobado por:

---

Estudiante

Fecha

---

Padre/Guardián del Estudiante

Fecha

---

Enfermera del Distrito/Otro Personal de Atención Médica Calificado

Fecha