



New Albany Plain Local Schools
Self Medication for Asthma - Inhalers Authorization Form

Nombre del estudiante: _____ Grado: _____

Dirección:

Nombre del medicamento: _____

Dosis: _____

Fecha de comienzo: _____ Fecha de término: _____

Reacciones adversas a reportar al médico: _____

Procedimiento a seguir si el medicamento no produce alivio al ataque de asma: _____

Otras instrucciones: _____

Con la firma a continuación el profesional médico o de salud, padre(s) o representante(s) expresa(n) sus deseos en relación al portar el inhalador para asma en su persona durante el día escolar y/o en funciones escolares que lo ameriten; los representantes entienden que el estudiante lleva consigo la medicina y la puede administrar de manera automática por sí mismo/a, es posible que los adultos no estén al tanto del dificultad para respirar del estudiante, previniendo a los adultos en actuar de manera apropiada y

eficaz en una emergencia; y que el estudiante ha sido entrenado en el uso del inhalador, sabe porque usarlo, cómo y cuándo usarlo de manera adecuada y no le dará a otros estudiantes su inhalador.

Nombre del médico: _____ Teléfono: _____

Firma: _____ Fecha: _____

Nombre del padre/representante: _____ Teléfono: _____

Firma: _____ Fecha: _____

Si la dosis métrica administrada por el inhalador es abusada o no es utilizada adecuadamente por el estudiante y/o por otros, el personal escolar tiene la responsabilidad de asumir el control del inhalador y establecer contacto o comunicación con los padres y representantes del estudiante para evaluar las acciones a seguir en relación al estudiante, sus compañeros de clase y otros involucrados.

Firma de la enferma: _____ Fecha: _____