PLEASANT VALLEY SCHOOL DISTRICT
Health Services

Student Agreement for Management of Asthma During School Hours

Name of Student: _____ Birthdate: _____

Grade: _____School: _____

Student Agreement:

- I am willing to manage my asthma condition in the school setting.
- I am able to identify my asthma symptoms.
- I understand the correct technique in administering the medication.
- I agree to seek assistance from school personnel of signs of difficulty breathing and/or as needed.
- I will comply with school's rules about the use of medication in school by not sharing or spraying anyone.

✎ Student signature: _____ Date: _____

Parent Agreement:

Level of self-management	Not Applicable	Independent	Assistance Needed
Inhaler: ❑ on person ❑ stored health office			
Peak Flow Monitoring: TEST ❑ health office			
Nebulizer: ❑ health office **Must have a Specialized Physical Health Care Service (SPHCS) Parent/Guardian Request and Physician Authorization Form completed.**			

The Pleasant Valley School District highly recommends if a student carries and self-administers an inhaler that an extra (second) inhaler be kept in the health office as a back-up for emergencies.

❑ There **will** be a back-up inhaler in the health office.
❑ There **will not** be a back-up inhaler in the health office.

I consent to allowing my child to self-administer his/her inhaled asthma medication. I am giving my permission for the school nurse to communicate with the authorized health care provider when necessary. We release the school district and school personnel from civil liability if the self-administering child suffers an adverse reaction. I am in agreement with the above stated conditions of this student agreement, which reflect the Asthma Emergency Care Plan.

✎ Parent signature: _____ Date: _____

This student agreement has been reviewed and approved by the following Site Administrator and/or School Nurse:

Administrator signature: _____ Date: _____

School Nurse signature: _____ R.N. Date: _____

This Student Agreement is valid for the current school year. A new agreement must be completed each school year.

DISTRITO ESCOLAR PLEASANT VALLEY
Servicios de Salud

Acuerdo del estudiante para regular su asma durante las horas escolares

Nombre del estudiante: _____ Fecha de nacimiento: _____

Escuela: _____ Grado: _____

Acuerdo de los Estudiantes:

- Estoy dispuesto a regular mi asma en el plantel de la escuela.
- Puedo identificar mis sintomas de asma.
- Es de mi entendimiento la técnica correcta de administración de medicina para regular mi asma.
- Acuerdo que debo buscar asistencia del personal escolar si tengo señales de respirar con dificultadl y/o cuando sea necesario.
- Cumpliré con el reglamento escolar al no compartir o recear a alguien con mi inhalador.
- Firma del estudiante_____ Fecha_____

Acuerdo de los Padres:

Nivel de la regulación propia	No corresponde	Independiente	Necesita ayuda
Inhalador: ❑ en la persona ❑ guardado en la enfermería			
Control del flujómetro: PRUEBA ❑ sólo en la enfermería escolar			
Nebulizador: ❑ sólo en la oficina de la enfermería escolar **Debe tener un Servicio de Salud de Cuidado Físico Especializado (SPHCS), una Solicitud de un Padre/Tutor y Autorización Médica llena.**			

El Distrito Escolar Pleasant Valley recomienda altamente que el estudiante acarree y se administre un inhalador y que también tenga un segundo inhalador en la oficina de la enfermería escolar en caso de emergencia.

☐ Tendrá un segundo inhalador en la oficina de enfermeria
☐ No tendrá un segundo inhalador en la oficina de enfermería

Doy permiso para permitir que mi estudiante se administre el inhalador medicado para asma. Estoy consediendo mi permiso para que la enfermera escolar se comunique con el proveedor del cuidado de salud autorizado cuando sea necesario. Eximimos el distrito escolar y personal docente de cualquier responsabilidad civil si el estudiante que se regula su propio medicamento sufra de alguna reacción adversa. Estoy de acuerdo con las condiciones arriva indicadas del acuerdo del estudiante, el cual refleja el Plan de Cuidado de Emergencia para el Asma.

✎ Firma del padre: _____ Fecha: _____

El acuerdo del estudiante se ha repasado y aprovado por las siguientes personas:

Firma de un administrador: _____ Fecha: _____

Firma de la enfermera: _____ R.N. Fecha: _____

Este acuerdo del estudiante es válido para este año escolar. Un nuevo acuerdo debe ser completado cada año escolar.