

DISTRITO ESCOLAR INDEPENDIENTE DE FORT WORTH
Departamento de Servicios de Salud

Auto-administración del estudiante de medicina recetada para asma o anafilaxis

Esta forma la deben de llenar los padres y un médico/proveedor de cuidado de salud del estudiante que usa medicina recetada para asma o anafilaxis y que se la auto-suministra.

Nombre de la escuela: _____ Año escolar: _____

Petición de los padres

Nosotros, los que firmamos y que somos padres de _____ solicitamos que se les permita a nuestros hijos quedarse con su medicina recetada para asma o anafilaxis y que se la suministren ellos mismos como lo indique el médico.

Entendemos que es responsabilidad del estudiante el que se quede con su medicina. Si la dejan en otro lado o la usa otro estudiante, se le quitará este privilegio.

Doy permiso a la enfermera a que consulte con el médico del estudiante arriba mencionado cualquier pregunta que surja relacionada de las medicinas o condiciones médicas que son tratadas con la medicina.

Firma de los padres _____
Fecha

Physician Request

You are hereby authorized to allow _____ to carry the prescription medicine on his/her person at all times.

Name of Medication _____
Dosage and Time of Administration

Please check all that is applicable.

- Student is knowledgeable about the medication and how to administer it.*
 Student has the skills to safely possess and use the prescribed medication.
 Student may self-administer the medication.

All authorizations expire at the end of the school year.

Signature of Physician/Licensed Health Care Provider _____
Telephone Number

Printed Name of Physician/Licensed Health Care Provider _____
Date

The student has demonstrated the skill level necessary to self-administer the prescription medication including the use of any device required to administer the medication.

Signature of School Nurse _____
Date