



Consentimiento de autoadministración de medicación de asma

Nombre del alumno: _____

Fecha de nacimiento: _____ Médico _____

ID del alumno: _____

Escuela: _____

Nombre del padre, madre o tutor legal: _____

Número de contacto: _____

Número de contacto: _____

Sección 38.013, código de educación

Da derecho a un alumno con asma de poseer y auto administrarse medicamentos recetados para el asma mientras está en la propiedad escolar o en un evento relacionado con la escuela o actividad bajo las siguientes condiciones:

1. *La etiqueta de la medicina muestra que el medicamento se ha prescrito para ese estudiante.*
2. *La autoadministración es conforme a la receta o instrucciones escritas del médico del estudiante.*
3. *Los padres del estudiante proporcionan a la escuela la autorización por escrito firmada por el padre.*
4. *Los padres del estudiante le proporcionan a la escuela una declaración escrita del médico indicando que el estudiante es capaz de auto administrarse la medicina.*
5. *El estudiante reportará cuando tenga dificultad para respirar o controlar su asma o pérdida del medicamento a la enfermera escolar.*
6. *El estudiante tendrá un plan de acción de asma en el archivo de la oficina de la enfermera.*

Este formulario debe ser actualizado anualmente y guardado en el archivo en la oficina de la enfermera y será compartido con el personal de la escuela que acompañe al estudiante a eventos fuera de la escuela.

Declaración del médico o proveedor de salud:

Yo, _____ (Nombre médico), declaro que _____ (nombre del estudiante) es capaz de auto administrarse su medicamento contra el asma.

Nombre del medicamento: _____ Dosis: _____ Frecuencia: _____

Firma del médico o proveedor de salud: _____

Fecha: _____

Número de emergencia del médico: _____

Declaración del padre o tutor

Yo, _____ (nombre), padre/ tutor legal de _____ (nombre del estudiante), concedo permiso a mi hijo para auto administrarse su medicamento contra el asma según la orden médica. Enseñaré a mi hijo que él o ella es responsable de mantener informada a la enfermera sobre su control del asma. También soy consciente de que las oportunidades educativas de los estudiantes existen para que mi hijo pueda aprender más sobre el control de su asma durante el día escolar.

Firma del padre/tutor legal: _____

Fecha: _____

Nurse/School Staff only:

Date received

School nurse/staff signature