

BERMUDIAN SPRINGS SCHOOL DISTRICT
York Springs, Pennsylvania 17372-0501

MEDICATION PERMISSION FORM
FOR POSSESSION & SELF-ADMINISTRATION OF ASTHMA INHALERS
Physician's Order

Student Name _____

Name of Medication: _____

Dosage: _____

Time/Frequency: _____

Diagnosis or Reason for Medication: _____

Possible Side Effect: _____

Recommendations: _____

Estimated Termination Date: _____

(All authorizations expire at the end of the school year and must be renewed on an annual basis.)

El médico debe marcar ambas casillas a continuación para que el estudiante pueda llevar consigo y autoadministrarse el inhalador. Si no se marcan ambas casillas, el inhalador se guardará en la oficina de la enfermera:

☐ Student is knowledgeable about this medication and how to administer it and understands not to share the inhaler with another person.

☐ Student is qualified to self-administer medications as prescribed by his/her physician and may carry his/her inhaler with them while on school property and at school-sponsored events or activities.

Physician's Signature _____ **Date** _____

Address _____ **Phone Number:** _____

Como los padres de familia o tutores de alumnos mencionados, aliviar el distrito escolar y sus empleados de cualquier responsabilidad por los beneficios o consecuencias de la medicación o su administración cuando se prescriben por los médicos y padres de familia o tutor autorizado. Además, acepto que la escuela no asume ninguna responsabilidad de velar por que se toma el medicamento o administradas correctamente. Soy consciente de que el uso inadecuado de los medicamentos mencionados por el estudiante al que está prescrita o el incumplimiento de las políticas del Distrito resultará en la inmediata confiscación del inhalador, pérdida de privilegios de administración, y de las posibles consecuencias disciplinarias.

- Mi hijo puede autoadministrarse la medicación según lo prescrito por su médico.
- Mi hijo se informe a la enfermera de la escuela o del personal designado inmediatamente después de cada uso del inhalador. La enfermera puede evaluar y supervisar uso por parte de los estudiantes para asegurar que las prácticas de seguridad están siendo seguidos.

Firma del padre _____ **Fecha** _____

Estoy de acuerdo con ser el único responsable de mi inhalador para el asma y de seguir las instrucciones para su uso como ordenado por el médico y la enfermera de la escuela, así como en el distrito de la medicación. Estoy de acuerdo en notificar a la enfermera de la escuela inmediatamente después de cada uso de mi inhalador para el asma. Estoy de acuerdo en que mi inhalador para el asma es sólo para mi uso y no se puede compartir con los demás. Soy consciente de que cualquier abuso de los privilegios de la confiscación de mi inhalador y/o otras consecuencias disciplinarias

Firma del estudiante _____ **Fecha** _____