



BRANDYWINE SCHOOL DISTRICT

1311 BRANDYWINE BOULEVARD
WILMINGTON, DE 19809-2306

(302)793-5000
www.brandywineschools.org

LISA A. LAWSON, Ed.D.
SUPERINTENDENT OF SCHOOLS

JASON HELLER
PRESIDENT, BOARD OF EDUCATION

JOHN SKROBOT, III
VICE-PRESIDENT, BOARD OF EDUCATION

Autoadministración de inhalador para asma Acuerdo del estudiante

Nombre: _____ Grado: _____

Medicación para inhalar: _____ Fecha: _____

Estoy de acuerdo:

- Seguir la orden de medicación de mi profesional de salud que me recetó el medicamento
- Utilizar la técnica correcta de administración de medicamentos.
- Bajo ninguna circunstancia no permitir que nadie más use mi medicamento
- Mantener el medicamento conmigo en la escuela y en las excursiones.
- Informar a la enfermera de la escuela sobre la hora y el motivo por el que se toma el inhalador.
- Notifique (o pida a otra persona que notifique) a la enfermera de la escuela inmediatamente si ocurre lo siguiente:
 - Mis síntomas siguen empeorando después de tomar el medicamento.
 - Mis síntomas vuelven a aparecer entre 2 y 3 horas después de tomar el medicamento.
 - Podría estar experimentando efectos secundarios por mi medicamento
 - Otro. _____
- Entiendo que el permiso para la autoadministración de medicamentos puede suspenderse si no puedo seguir las medidas de seguridad establecidas.

Firma del estudiante

Fecha

Firma del Padre/Guardian/Familiar

Fecha

☐ El estudiante verbaliza la dosis _____

☐ El estudiante demuestra la técnica adecuada

- Quita la tapa del medicamento y agita si corresponde
- Coloca el espaciador si corresponde
- Exhala lentamente
- Presiona el inhalador para liberar el medicamento
- Respira lentamente
- Mantiene la respiración por 10 segundos
- Repite según las indicaciones

☐ El estudiante expresa con palabras el uso seguro

☐ El estudiante expresa los síntomas/signos de cuándo es necesario tomar un medicamento y cuándo notificar a la enfermera de la escuela

☐ Permiso de los padres para autoadministrarse

El estudiante ha demostrado conocimiento sobre el uso adecuado de su medicamento y los permisos necesarios (padre y proveedor de atención médica autorizado) están archivados.

Firma de la Enfermera de la Escuela

Fecha