

Autorización Para Auto-Administración de Inhaladores Para el Asma
Por un Estudiante

Nombre del Estudiante: _____ Fecha: _____

Dirección: _____

Nombre del Medicamento: _____

Porción: _____

Fecha Que Comienza: _____ Fecha Que Finaliza: _____

Reacciones Adversas que deben reportarse al médico: _____

Reacciones Adversas por el uso sin autorización: _____

Procedimiento a seguir en casos que el medicamento no produzca la mejoría esperada cuando un estudiante sufre un ataque de asma: _____

Otras instrucciones especiales: _____

Nombres y Firmas del Médico y el Padre/Encargado y sus teléfonos de emergencia:

Nombre del Médico: _____ Teléfono: _____

Firma: _____ Fecha: _____

Padre/Encargado: _____ Teléfono: (hogar) _____
(trabajo) _____
(otro) _____

Firma del Padre/Encargado: _____ Fecha: _____

Favor de devolver a la enfermera de la escuela.