

Milwaukee Seventh-day Adventist School
Formulario de Autorización para Inhalador de Asma
(updated 7-1-20)

Nombre del Estudiante: _____ Fecha de Nacimiento: _____

Grado Escolar: _____ Diagnostico: _____

Para que el estudiante reciba el medicamento para aliviar el asma en la escuela:

- Un formulario de autorización será completado y firmado por el padre y el proveedor de servicios médicos. La forma se le dará al director de la escuela o los administradores designados sobre el medicamento.
- El inhalador para el asma tendrá el nombre del estudiante, nombre del medicamento, instrucciones de uso y la fecha.
- La Autorización del medicamento para aliviar el asma será actualizado anualmente.

El estudiante tiene la habilidad, conocimiento y mi autorización para usar un medicamento para aliviar el asma de la siguiente manera (**Proveedores de Servicios Médicos** marque todo lo que corresponda):

___ Auto-administrar el medicamento para aliviar el asma antes de hacer ejercicio para prevenir la aparición de síntomas de asma o usar el inhalador para aliviar los síntomas asmáticos. El estudiante puede conservar su Inhalador en la escuela. El estudiante buscará la atención del personal de la escuela si el medicamento no trabaja con éxito para controlar su asma.

___ Auto-administrar medicamento para aliviar el asma con el acceso a otro inhalador en la oficina de la escuela como sea necesario. Los padres de familia también deberán suministrar el segundo inhalador a la oficina.

___ El estudiante necesita ayuda en la oficina de la escuela. Con la administración del medicamento para aliviar el asma con el medicamento que este disponible cuando sea necesario

Nombre del Medicamento:	Dosis:	Modo de Administración:	Frecuencia :	Fecha de Inicio:	Fecha del Ultimo día:	Efectos Secundarios:
1.						
2.						

El personal escolar puede comunicarse con el proveedor de servicios médicos del medicamento para aclaraciones con respecto a la indicación de uso, medicamentos, dosis, efectos secundarios, el éxito y los fracasos del tratamiento.

Nombre del Medico	Teléfono de la Clínica:
Firma del Medico:	Fecha:
Firma del Padre/Tutor	Fecha:

Autorización Administrador Escolar: _____ Fecha: _____