

Formulario de autorización para la administración del inhalador para el asma

Lincoln Fax#: (262) 472-8510 Washington Fax#: (262) 472-8610 Lakeview Fax# (262) 472-8410 Middle School Fax# (262) 472-8310 High School Fax#(262)) 472- 8181

Nombre del estudiante:							
Fecha de nacimiento: Escuela / Grado:							
Diagnóstico:							
Para que el estudiante re Los padres y el padministración denfermera de la El medicamento medicamento, la La autorización del estudiante tiene la hal el asma de la siguiente re	oroveedor mel inhalador. escuela. inhalado pa is instruccion de medicamo ilidad, el co	édico comp El formula ra el asma nes de uso entos para	oletarán y firmará rio se entregará tendrá , el nomb y la fecha. aliviar el asma s	án el form al admini re del est e actualiz	strador de tudiante , tará anua	el distrito escolar o la el nombre del lmente.	
 Administrarse medicamentos para aliviar el asma. El estudiante buscará el cuidado del personal de la escuela si los medicamentos no controlan su asma sin éxito. Administrarse medicamentos para aliviar el asma con acceso a otro inhalador en la oficina de salud según sea necesario. Los padres proporcionarán un inhalador secundario para la oficina. El estudiante necesita ayuda con la administración de su medicamento para aliviar el asma con el medicamento disponible según sea necesario en la oficina de salud. 							
Nombre del medicamento:	Dosis:	Ruta:	Frecuencia:	Fecha de inicio:	Fecha de finaliz ación:	Efectos secundarios:	
1.							
2.							
El personal de la escuela aclaraciones sobre la ind fracasos del tratamiento	dicación de ι						
Nombre del médico:				Clínica / Teléfono:			
Firma del médico:				Fecha:	Fecha:		
Firma del padre / tutor				Fecha:	Fecha:		
Autorización del administrador de la escuela: Fecha:						Fecha:	