



Autorización para uso personal de un inhalador en la escuela

Estimado médico:

Los padres de _____, quien asiste a la escuela _____, nos han avisado de que has recomendado que su hijo/hija lleve un inhalador en su persona para usarlo para aliviar los síntomas del asma.

Normalmente requerimos que todos los medicamentos sean almacenados en la oficina de Salud. Los alumnos reciben un pase especial para pasar a la oficina y se entrena al personal para permitir acceso inmediato a la oficina de Salud a cualquier alumno quejándose de los síntomas del asma. Esta práctica garantiza el bienestar de todos los alumnos en el plantel escolar al prevenir la pérdida o el robo del medicamento; también protege al alumno afectado porque impide que el medicamento sea dejado en casa o sea usado de manera inadecuada, y nos permite determinar si el medicamento ha sido ineficaz o si existe alguna necesidad que requiere intervención adicional. Además, se mantienen registros cuidadosos del uso del medicamento y estos son revisados por una enfermera especialmente acreditada quien puede comunicarse con los padres o con el médico cuando sea prudente.

Si su plan de tratamiento para la condición médica de este alumno requiere la inhalación **inmediata** del medicamento recetado, y usted opina que los beneficios de esta intervención superan los riesgos inherentes de pasar por alto nuestros procedimientos, por favor complete la declaración abajo.

_____ está bajo mi cuidado para el asma, y su condición médica requiere la **inhalación** inmediata de **Albuterol**. El alumno anteriormente indicado necesita llevar el medicamento en su persona. El alumno ha demostrado que conoce la dosis y el uso correcto.

El medicamento debe ser usado por el alumno anteriormente indicado como sigue:

Dosis: _____ Hora: _____ Fecha de inicio: _____ Descontinuar: _____

Comentarios o instrucciones adicionales:

Firma del médico

Nombre, domicilio y número telefónico del médico en letra de molde o con el sello de la oficina del médico:

--

Nosotros, los padres de _____, solicitamos que el Distrito Escolar Unificado de Jurupa cumpla con la recomendación del médico anteriormente indicado y autorizamos al personal escolar y el médico anteriormente indicado para intercambiar información confidencial según sea necesario para implementar o supervisar su plan de tratamiento para el asma. Asumimos toda responsabilidad y cualquier obligación relacionado con el medicamento anteriormente indicado cuando sea introducido al plantel escolar por nuestro hijo/hija.

Firma de padre/tutor

Firma de madre/tutor