



PERMISO PARA LLEVAR UN INHALADOR DE ASMA
(PERMISSION TO CARRY AN ASTHMA INHALER)

Nombre del Estudiante: _____ Fecha de Nacimiento: _____

ID del Estudiante: _____

Nombre del escuela al que asiste su estudiante _____

El estudiante arriba mencionado tiene asma y es capaz de administrar la medicación de asma de prescripción como se describe a continuación: (The above named student has asthma and is capable of self administering the prescription asthma medication as described below):

Name of Medication: _____

Purpose of Medication: _____

Dosage: _____

Times and Circumstances under which medication may be administered: _____

Period of time for which medication is prescribed: _____

Physician's Signature

Date

Autorizo a mi hijo a administrar su inhalador de asma de acuerdo a las órdenes del médico mientras esté en la propiedad de la escuela o en un evento o actividad relacionada con la escuela. Entiendo que mi hijo es responsable del manejo y transporte del inhalador y que debe mantenerse fuera del alcance de otros estudiantes en todo momento. El inhalador debe tener una etiqueta de receta actual que indique que se le ha recetado a mi hijo.

Firma del padre

Fecha

*Por favor devuélvalo al campus al que asiste su estudiante.