

**REQUEST FOR STUDENT SELF-ADMINISTRATION OF
INHALED ASTHMA MEDICATION(S)**
PETICIÓN DE ESTUDIANTE PARA EL AUTO-ADMINISTRACIÓN DE MEDICAMENTO(S) DE INHALACIÓN DE ASMA

Child's Name/Nombre del Niño(a) _____ **School/Escuela** _____

Date of Birth/Fecha de Nacimiento _____ **Grade/Grado** _____

TO BE COMPLETED BY PHYSICIAN/INFORMACIÓN PARA SER COMPLETADO POR EL MÉDICO:

Diagnosis/ Diagnóstico _____

RX (Dosage/Frequency/Route)//RX (Dosis/Frecuencia/Ruta) _____

Adverse Reactions/Side Effects//Reacción Adversa /Efectos Secundarios

List other Medications Currently Being Taken/Lista de otros medicamentos que actualmente está tomando

Student is capable of appropriate and accurate self-administration of his/her asthma medication(s), and should be allowed to carry it for this purpose/ El estudiante es capaz de auto-administrar su medicamento de asma apropiado y exacto y deberá ser permitido de llevar consigo para este propósito.

Yes/Sí

No/No

Name of Prescribing Physician/Nombre del Médico Tratante

Address /Dirección _____ Phone/Teléfono _____

Physician Signature/Firma del Médico _____ Date/Fecha _____

My child has been instructed in the proper use of the above asthma medication(s). I certify that my child is capable of self-administration. I request that he/she be permitted to carry and self-administer the above asthma medication(s). I authorize the release of information between the school and physician pertinent to my child's medication(s) and asthma diagnosis. **Mi hijo(a) ha sido instruido en el uso adecuado del medicamento(s) de asma arriba mencionados. Yo certifico que mi hijo(a) es capaz de auto-administración. Solicito que se le permitiera llevar y auto-administrar el medicamento arriba mencionado. Yo autorizó la entrega de información entre la escuela y el médico correspondiente al medicamento de mi hijo(a) y el diagnóstico de asma.**

My child and I understand that there are serious consequences for sharing any medications with others. Furthermore, I understand that the school shall incur no liability, and I will hold the school and its employees harmless against any claims relating to self administration of asthma medications. **Mi hijo(a) y yo entiendo que hay graves consecuencias para el intercambio de algún medicamento con otras personas. Además, entiendo que la escuela no incurrirá ninguna responsabilidad, y mantengo indemne a la escuela y sus empleados contra cualquier reclamación relacionado al auto-administración de medicamento de asma.**

Parent/Guardian Name (please print)

Nombre del Padre/Tutor (con letra de molde)

Relationship to Student

Parentesco con el Estudiante

Parent/Guardian Signature

Firma de Padre/Tutor

Date

Fecha

Self-Administration of Inhaled Asthma Medications Form shall be updated once per school year. El Formulario de Auto-Administración de Medicamentos de Inhalación de Asma se actualizará una vez por año escolar.

Revised 02/12