



# DISTRITO ESCOLAR UNIFICADO DE WEST CONTRA COSTA

CENTRO DE SERVICIOS PARA EL ALUMNO

2465 Dolan Way, San Pablo, CA 94806 Teléfono: (510) 307-4646 Fax: 741-8971

## AUTO-ADMINISTRACIÓN DE MEDICAMENTOS PRESCRIPTOS (INHALADOS)

Escuela \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_  
 Referente a: \_\_\_\_\_  
 Nombre del alumno \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento \_\_\_\_\_

Estimado Doctor:

Los padres del alumno anteriormente mencionado nos han informado de su petición de que el estudiante en cuestión posea un inhalador para ser usado en aliviar los síntomas del asma cuando se encuentre en la sala de clases, en cualquier área del establecimiento escolar, en cualquier actividad relacionada con la escuela y en una localidad privada cuando se cuenta con una petición específica del padre o apoderado.

De acuerdo a las leyes del estado y a las normas de la Mesa Directiva Escolar, todos los medicamentos administrados durante el día escolar deben ser guardados en la Oficina Escolar de la Salud y deben ser administrados sólo cuando se encuentren en los archivos escolares del alumno los formularios de los padres y médicos. Sin embargo, el Distrito permitirá que el alumno posea y se auto administre un medicamento si se cuenta con un permiso de los padres del alumno y de un médico. El formulario que se presenta más abajo debe ser firmado por usted si en su opinión existe una de las siguientes características: el alumno es capaz de usar un inhalador para lidiar con sus problemas de asma, la condición médica del alumno requiere la inhalación inmediata de la medicina que se obtiene a través de un inhalador, y el bienestar del alumno se podría perjudicar si este no lleva consigo un inhalador.

Gracias, La enfermera escolar

\_\_\_\_\_ está bajo mi tratamiento en lo que respecta a asma. Su condición

Nombre del alumno \_\_\_\_\_  
 requiere inhalación inmediata de \_\_\_\_\_, y es necesario que esta medicina esté  
 Medicamento \_\_\_\_\_

con él/ella en todo momento. Este alumno sabe como usar este aparato y la dosis correcta. La medicina es para ser usada por el alumno anteriormente mencionado, de la siguiente manera:

_____	_____	_____
Dosis	Tiempo/Frecuencia	Fechas de comienzo y término

La siguiente información adicional es referente a la auto administración del medicamento por el alumno:

\_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

Firma del médico \_\_\_\_\_ Dirección \_\_\_\_\_

Número de teléfono \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

Nosotros los padres de \_\_\_\_\_ deseamos que \_\_\_\_\_  
 Nombre del alumno \_\_\_\_\_ School \_\_\_\_\_

cumpla con las órdenes del medico mencionadas anteriormente. Le permitimos a un representante autorizado del Distrito que se comunique directamente con el medico de nuestro hijo, cuando sea necesario, sobre las indicaciones expuestas anteriormente. NOSOTROS ASUMIMOS TODA LA RESPONSABILIDAD de lo que podría ocurrir con el medicamento mencionado cuando nuestro hijo o hija lo lleva al establecimiento escolar.

Firma del padre \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_