

**Distrito Escolar Independiente de McKinney
Servicios Escolares de la Salud**

Auto administración de un inhalador

(A ser completado al comienzo de cada año escolar y mantenido en archivos de la enfermera escolar)

Nombre del estudiante _____ # de ID _____ Maestro/a _____
Escuela _____ Fecha de nacimiento: _____

Este plan concuerda con la nueva legislación, HB1688, la cual fue aprobada durante la Sesión Legislativa de Texas del año 2001. Esta ley les permite a los estudiantes auto administrarse los medicamentos para el asma mientras se encuentran en la escuela o en funciones de la escuela con la autorización de médicos y padres.

AUTO ADMINISTRACIÓN DE MEDICAMENTOS PARA EL ASMA (A ser llenado por el médico)

Favor de marcar uno:

- Yo le he enseñado a _____ (nombre del/de la estudiante) el modo apropiado para usar sus medicamentos. En mi opinión profesional, a _____ (nombre del/de la estudiante) se le **debe** permitir que lleve consigo y se auto administre su inhalador _____ (nombre del inhalador) mientras se encuentra en la propiedad escolar o en eventos relacionados con la escuela. Sus padres están conscientes de que no habrá un inhalador adicional disponible en la clínica escolar a menos que ellos proporcionen uno.
- En mi opinión profesional, a _____ (nombre del/da la estudiante) **NO se le debe** permitir que lleve consigo ni se auto administre ninguno de los medicamentos para el asma mientras se encuentra en la propiedad escolar o en eventos relacionados con la escuela. Los medicamentos deben permanecer en un área designada (por ejemplo, la clínica escolar) y estar accesibles al/a la estudiante.
-

Médico/Profesional de la salud: _____
Nombre en letra de molde Firma Fecha

Dirección del Consultorio: _____ # de teléfono: _____

A ser completado por el padre/tutor legal:

Yo permito que mi niño/a lleve consigo el inhalador arriba mencionado según ha sido ordenado por su médico/profesional de la salud. Yo comprendo que mi niño/a, no la escuela, es responsable del almacenamiento, la posesión y el uso del inhalador. Yo comprendo que compartir el medicamento con otros estudiantes resultará en acción disciplinaria.

Firma del padre/tutor legal: _____ Fecha: _____
de teléfono: _____

A ser completado por el/la estudiante:

Yo comprendo el propósito, método apropiado y la frecuencia del uso de este inhalador. Yo comprendo que yo, no la escuela, es responsable del almacenamiento, la posesión y el uso del inhalador. Yo comprendo que compartir el medicamento con otros estudiantes es potencialmente peligroso y resultará en acción disciplinaria.

Firma del/de la estudiante: _____ Fecha: _____

A ser completado por la enfermera escolar:

El/La estudiante ha demostrado el uso y cuidado apropiado de su inhalador a la enfermera escolar.

Firma de la enfermera escolar: _____ Fecha: _____

Si el/la estudiante no cumple con el acuerdo incluido mas arriba, se rescindirá el privilegio de poder llevar consigo y usar su medicamento.

Este formulario tiene que ser completado en adición al formulario de autorización para medicamentos rutinarios.