

Contrato de autotransporte para personas con asma

Alumno: _____ fecha de nacimiento: _____ Calificación: _____

Planeo tener mi inhalador de rescate conmigo en la escuela en lugar de en la enfermería de la escuela.

Acepto usar mi inhalador de rescate de manera responsable, en conformidad con las órdenes de mi médico.

Notificaré a la enfermera de la escuela o a la oficina si tengo más dificultad de lo normal con mi asma.

No permitiré que ninguna otra persona use mi inhalador.

Firma del estudiante _____ Fecha _____

Acepto que mi hijo lleve sus medicamentos como prescrito, que el dispositivo contiene medicamentos y que la fecha es actual.

Se me ha recomendado que un rescate de respaldo inhalador ser proporcionado a las enfermeras oficina para emergencias.

Revisaré el estado del asma del estudiante con el estudiante periódicamente según lo acordado en el plan de atención médica.

Firma de los padres _____ Fecha _____

Esta sección debe ser completada por el proveedor de atención médica

I have diagnosed _____ with _____
Student name Name of chronic disease

for which emergency medication _____ may be needed while
Name of Medication

at school or during school sponsored activities.

I have instructed this patient how to safely and appropriately use this medication and I believe that they are capable of using the medication as instructed. I believe that this patient should carry this medication and will use it in a responsible manner, in accordance with my orders and instructions.

Provider Name: _____

Provider Signature _____ Date _____

Este contrato está vigente por el año escolar _____ a menos que sea revocado por el médico o el estudiante no cumpla con las contingencias de seguridad anteriores.

Contrato de autotransporte para personas con asma

Este contrato está vigente por el año escolar _____ a menos que sea revocado por el médico o el estudiante no cumpla con las contingencias de seguridad anteriores.