

**ESCUELAS PÚBLICAS DE PERRY**  
**FORMULARIO DE AUTORIZACIÓN**  
**AUTOMEDICACIÓN ~ INHALADORES PARA ASMA**

Este formulario lo deben llenar tanto el médico que receta el inhalador para el asma como el padre, la madre o el tutor del estudiante, y deberá entregarse al director del establecimiento y a la enfermera de la escuela o al auxiliar de salud asignado al establecimiento, antes de que el estudiante se administre la medicación por su cuenta o disponga de un dosificador o inhalador de polvo seco.

**AUTORIZACIÓN DEL MÉDICO**  
(se **DEBEN** llenar **TODOS** los espacios en blanco)

Nombre del estudiante: \_\_\_\_\_ Grado / Clase: \_\_\_\_\_

Escuela: (encierre una con un círculo)

Escuela primaria ~ Escuela media ~ Escuela secundaria

Nombre del padre/tutor: \_\_\_\_\_

Domicilio: \_\_\_\_\_

Teléfono del padre/tutor: \_\_\_\_\_

Teléfono para casos de emergencia: \_\_\_\_\_

Nombre del medicamento en el inhalador: \_\_\_\_\_

Contiene \_\_\_\_\_ dosis de medicación      Posología: \_\_\_\_\_

Fecha de inicio de la aplicación personal: \_\_\_\_\_ Fecha de finalización: \_\_\_\_\_

Instrucciones o procedimientos que debe seguir el personal de la escuela en caso de que el medicamento que se administra el estudiante por su cuenta no alivie los síntomas del ataque de asma: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Posibles reacciones graves que se deben informar al médico:

- Estudiantes que se administran el medicamento por su cuenta (para notificar al médico): \_\_\_\_\_

- Niños que usan un inhalador sin receta médica: \_\_\_\_\_

Otras instrucciones especiales: \_\_\_\_\_

Nombre del médico (en imprenta): \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

Firma del médico: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Domicilio del médico: \_\_\_\_\_

**AUTORIZACIÓN Y CONSENTIMIENTO DEL PADRE / TUTOR  
PARA ADMINISTRACIÓN POR CUENTA DEL ESTUDIANTE DEL  
MEDICAMENTO CON EL INHALADOR PARA EL ASMA**

Yo, \_\_\_\_\_, padre/tutor de \_\_\_\_\_  
(Nombre del padre/tutor) (Nombre del estudiante)

autorizo a mi hijo/a a administrarse por su cuenta el medicamento descrito en el frente de este formulario, según lo indicado por su médico. También acepto cumplir las políticas y las normas de la Junta relativas a la administración a cargo del estudiante del medicamento para el asma contenido en el inhalador. Asimismo, acepto entregar al director del establecimiento y a la enfermera de la escuela o al auxiliar de salud asignado al establecimiento de mi hijo/a una autorización revisada en caso de que se produzca algún cambio en la información contenida en la Autorización del médico o en mi autorización.

Comprendo también que, en conformidad con la sección 3316.716 del Código revisado de Ohio, la Junta de Educación y su personal no son responsables por la administración de este medicamento por parte de mi hijo/a.

\_\_\_\_\_  
(Firma del padre/tutor)

\_\_\_\_\_  
(Fecha)

**NOTA**

**El dorso de este formulario (Autorización del médico) debe ser llenado por el médico del estudiante.**

**PARA USO EXCLUSIVO DE LA ESCUELA**

Este formulario de solicitud y consentimiento de aplicación personal del inhalador para el asma ha sido debidamente llenado por el médico y el padre/tutor.

\_\_\_\_\_  
Director / Enfermera del distrito