



CONTRATO PARA LA AUTO ADMINISTRACIÓN DE UN INHALADOR

Estudiante: _____ Grado/Maestro/a: _____

Número de identificación del estudiante: _____ Escuela: _____

Nombre y número de teléfono del proveedor de salud médica _____

Medicamento: _____ Dosis y horario: _____

Este medicamento debe ser administrado siguiendo el procedimiento y política del consejo educativo (4113) en la administración de medicamentos. El inhalador debe de estar etiquetado con el nombre del estudiante, dosis, instrucciones de uso y nombre del proveedor de salud médica. De ser posible, un segundo inhalador debe ser proveído a la oficina de salud de la escuela.

Responsabilidades para portar inhaladores respiratorios		
La enfermera deberá de evaluar (marque con un círculo)		
Sí	No	La carta Alergia/Asma— <i>Allergy/Asthma Letter</i> fue enviada de regreso y se estableció un plan de asma.
Sí	No	Se envió de regreso la forma de Consentimiento del Padre/Madre/Guardián para la administración de medicamentos <i>Parent/Guardian Medication Consent Form and Order for Medication Administration</i>
Sí	No	El/la estudiante demuestra el uso correcto del inhalador.
Sí	No	El/la estudiante reconoce cuando es apropiado utilizar el inhalador.
Sí	No	El/la estudiante entiende los peligros y está de acuerdo en no compartir el inhalador con los demás.
Sí	No	El/la estudiante está de acuerdo en acudir a la oficina de salud si es que el estudiante continúa teniendo dificultad para respirar, sibilancia (Un sonido agudo de ronroneo o de silbido producido durante la exhalación) o presión en el pecho después de utilizar el inhalador.

Éste/a estudiante demostró/no demostró (marque con un círculo) haber reunido los requisitos escritos en la parte de arriba y es/no (marque con un círculo) le es permitido portar su propio inhalador.

Firma de la enfermera escolar

Fecha

Estoy de acuerdo en: 1) nunca compartir mi inhalador con alguien más 2) llevar mi inhalador en el contenedor apropiado y etiquetado; y 3) utilizar mi inhalador solamente en los horarios/frecuencia/dosis recetados.

Firma del estudiante

Fecha

Mi hijo/a será responsable en llevar y auto administrar su inhalador para el asma. Él/ella está de acuerdo en seguir los procedimientos del MMSD referente al manejo y administración de este medicamento. Estoy de acuerdo que es mi responsabilidad el asegurarme que mi hijo/a traiga a la escuela todos los días un inhalador que este vigente.

Firma del padre/ madre/guardián

Fecha