

Fecha_____

Utah Department of Health/Utah State Office of Education
Asthma Self-Administration form
in accordance with Utah Code 53A-11-602

Estudiante/Nombre_____Fecha/Nacimiento:_____

Domicilio Ciudad Estado Código P

CONTACTO DE EMERGENCIA INFORMACION Nombre_____Teléfono_____

Autorización del proveedor de la salud médica

El estudiante mencionado en la parte de arriba se encuentra bajo mi cuidado. Yo siento que es médicamente apropiado para el estudiante se auto-administre el inhalador medicado contra el asma, y que lo traiga siempre consigo para que lo pueda usar cada vez que tenga la necesidad de inhalar el medicamento en cualquier parte. El medicamento prescrito para este estudiante es:

Nombre del medicamento_____

Dosis_____

Posibles efectos secundarios_____

Firma del proveedor de la salud

Fecha

Autorización del padre o guardián

Yo autorizo a mi niño(a) _____ a que traiga siempre consigo y se auto – administre el medicamento que se describen en la parte de arriba que lo ampara y es consistente en el code de Utah Code 5 3A-11-602.

Yo no autorizo a mi niño(a) a que traiga siempre consigo y se auto administre este medicamento. Por favor mantenga siempre el medicamento de mi estudiante con el personal apropiado de la escuela.

Tanto mi niño(a) como yo, entendemos que existen serias consecuencias en caso de compartir cualquier medicamento con otras personas.

Firma del padre o guardián

Fecha