

**EL DISTRITO ESCOLAR DE MONONA GROVE – PERMISO PARA TENER UN INHALADOR EN LA ESCUELA**

Fecha \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Grado \_\_\_\_\_

Nombre del (de la) estudiante \_\_\_\_\_

**FOR COMPLETION BY PHYSICIAN / UN DOCTOR DEBE LLENAR LA INFORMACIÓN ABAJO**

Physician's Name: \_\_\_\_\_

Telephone Number: \_\_\_\_\_ Fax Number: \_\_\_\_\_

Emergency Contact Number: \_\_\_\_\_

Diagnosis: \_\_\_\_\_

Name of Medicine: \_\_\_\_\_

Form: \_\_\_\_\_ Dose: \_\_\_\_\_

Is the child knowledgeable about his/her asthma medication? \_\_\_\_\_ Yes \_\_\_\_\_ No

Has the Child demonstrated the proper technique in administering medication? \_\_\_\_\_ Yes \_\_\_\_\_ No

Medicine is administered daily \_\_\_\_\_

Medicine is administered when needed. Indications: \_\_\_\_\_

If needed, how soon can administration of medicine be repeated? \_\_\_\_\_

The medication cannot be repeated more than \_\_\_\_\_

Side effects: \_\_\_\_\_

Comments: \_\_\_\_\_

**Please check all that apply:**

- I have instructed the above named student in the proper way to use his/her inhaled asthma medications. It is my professional opinion that he/she should be allowed to carry and use this inhaled medication by him/herself.  
\_\_\_\_\_ Yes \_\_\_\_\_ No
- It is my professional opinion that the above named student should **not carry** and use his/her inhaled asthma medication by him/herself. If this box is checked, I authorize school staff to administer the medication named above and understand that the inhaler will be kept in the school office and will be packed in a backpack to be taken on field trips.

\_\_\_\_\_  
**Physician's Signature**

\_\_\_\_\_  
**Fax Number**

\_\_\_\_\_  
**Phone Number**

**UNO DE LOS PADRES DEBEN DE LLENAR ESTA PARTE / FOR COMPLETION BY PARENT**

Nosotros los padres / guardianes del (de la) estudiante nombrado(a) arriba, solicitamos que el personal autorizado por la escuela ayude a nuestro(a) hijo(a) en tomar su medicina, como lo indicado arriba. Si se permite que él (ella) tome su propia medicina, o si no hay ningún personal autorizado, pido que permita que mi hijo(a) tome su propia medicina de acuerdo con lo autorizado por el doctor o por mi parte. Aquí permito que se provea esta información al personal apropiado de la escuela y los maestros.

Nosotros los padres / guardianes del (de la) estudiante nombrado(a) arriba, permitimos que él (ella) lleve consigo el inhalador o lo ponga en su locker o escritorio, y le consideramos responsable. Le ha enseñado cómo usarlo y él (ella) comprende el propósito, método y frecuencia apropiada con la cual debe usar su inhalador. \_\_\_\_\_ Sí \_\_\_\_\_ No

Proveemos a la escuela un inhalador en caso de emergencia: \_\_\_\_\_ Sí \_\_\_\_\_ No

Nombre de uno de los padres: \_\_\_\_\_

Firma de uno de los padres: \_\_\_\_\_

Teléfono de trabajo: \_\_\_\_\_ Teléfono de casa: \_\_\_\_\_

Revised 4/18/07

www.mononagrove.org