



Planilla de Autorización para Administración de Medicamento por Inhalador

Criterios a seguir para el uso del inhalador en la escuela:

- Planilla de Autorización correspondiente debe de haber sido previamente firmada por el personal proveedor de servicios de cuidado de salud responsable y los padres/representantes (guardianes). Dicha planilla deberá de quedar archivada en el plantel escolar del estudiante.
- El inhalador a ser usado debe de estar correcta y claramente marcado con: el nombre del estudiante a quien pertenece, nombre del medicamento contenido, instrucciones para su uso y la fecha de la orden médica origen del inhalador.
- Para cubrir cualquier olvido del inhalador en casa por parte del estudiante, podrá llegar a ser necesario mantener una segunda unidad de inhalador en la oficina de la enfermería de la escuela; dicha unidad también deberá de ser correcta y claramente marcada como antes arriba indicada.

Nombre del estudiante: _____ Fecha/Nacimiento: _____ Grado: _____

Año Académico: _____ Plantel (use un círculo): Clay Lamberton Elementary Berlin Middle Berlin High

Para ser llenado por el Proveedor de Servicios de Cuidado de Salud Responsable:

Diagnosis/Razón para el uso del inhalador: _____

Nombre del Inhalador: _____ ¿Usa tubo de extensión? (use círculo): Sí No

Dosis y frecuencia de uso: _____

Uso del inhalador, especificar previo a qué actividad: _____

****Indique si dicho estudiante tiene la capacidad, conocimiento y su autorización para usar el inhalador para el medicamento que necesita en la circunstancia, más abajo indicada (seleccione sólo una opción):**

___ **Auto administración.** El estudiante solicitará ayuda del personal escolar en caso de que el medicamento no haya tenido el éxito esperado en controlar los síntomas (razón de su uso).

___ **Auto administración con acceso a un inhalador extra en la oficina de la enfermería de la escuela, si es necesario.** Los padres/representantes (guardianes) serán los responsables de proveer la segunda inhalador.

___ **No auto administración. El estudiante requiere de asistencia con la administración de medicamento por inhalador por parte de la enfermería de la escuela o cualquier otro personal de la escuela, con el debido entrenamiento para asistir con la administración de medicamentos por inhalador.**

El personal de la escuela queda autorizado para contactar al personal médico proveedor de servicios de cuidado de salud responsable, por todo lo relacionado a dicho medicamento cuando sea necesario para cualquier aclaratoria respecto al medicamento, su uso, la dosis y efectos colaterales del mismo; al igual que para reportar éxitos y fallas del tratamiento, o cuando sea necesario. La presente planilla debidamente llena será remitida/entregada al administrador del distrito escolar, director de plantel o enfermera del distrito, para que la revise, firme y archive. La Planilla de Autorización para Administración de Medicamento por Inhalador o su equivalente deberá de ser debidamente actualizada anualmente.

****Firma del Médico responsable:** _____ **Fecha:** _____

Dirección: _____ Teléfono: _____

Firma del Padre/Representante (Guardián): _____ **Fecha:** _____

Firma por la Escuela: _____ **Fecha:** _____

(Administrador, Director, Enfermera, sólo)