

CHILDREN'S/AISD STUDENT HEALTH SERVICES

Parent/Guardian Authorization of Asthma Medication at School

Student Name: _____ Birth Date: _____

School Name: _____ Teacher: _____ Grade: _____

Only those medications that are medically necessary during school hours or written in an IEP should be sent to school. Children's/AISD Student Health Services and AISD require the following:

- Parent/Guardian written authorization for inhaler administration at school.
- Asthma medication in original, labeled container. Label should include student's first and last name, name of medicine, dosage and directions, name of physician who is licensed in Texas, and current date.
- Inhaler must NOT be expired.
- The first dose of this medication **may not be given at school.**

Please complete the following:

Medication Name and Strength	Dosage	Time(s) to be Given at School	Type of Spacer	Reason/ Medical Condition for which Medication is given	Additional Comments

Medication Start Date: _____ Medication Stop Date: _____

When was the first dose of this medication given for this illness/condition? _____

Date and Time

- I request that the above medication be given during school hours as ordered by this student's physician. I also request that the medication be given on field trips, as prescribed.
- I will notify the school of any change in the medication, (dosage change, time change, etc.).
- I give permission for the school nurse to communicate with the student's teachers about the student's health condition(s) and the action(s) of the medication.
- I give permission for trained school personnel to assist the student with inhaler.
- My child _____ **may/may not** carry the medication home when the school year ends.

Circle One

Parent/Guardian Name: _____ Relationship to Student: _____ Phone Number: _____

Parent/Guardian Signature: _____ Date: _____

IF YOU WANT YOUR STUDENT TO CARRY HIS/HER INHALER:

Children's/ AISD Student Health Services and AISD require the following:

- Written request from parent/ guardian to allow the student to carry the prescribed inhaler and use without supervision.
- Permission from the school nurse, after assessing the student's knowledge and ability to safely carry and use the inhaler without supervision.
- WRITTEN AUTHORIZATION FROM THE PHYSICIAN (see below).

I request that my child be permitted to carry the prescribed asthma inhaler and to use it without supervision.

Parent/Guardian Signature: _____ Date: _____

PHYSICIAN AUTHORIZATION:

- Student is knowledgeable about the asthma inhaler and understands how and when to use it safely.
- Student may administer the inhaler without supervision.
- Student is not approved to self-medicate.

Physician's Printed Name: _____ Office Phone Number: _____

Physician's Signature: _____ Date: _____

Principal or designee notified for self carry: Yes No

Reviewed by RN _____ Student _____ may/ _____ may NOT carry and self-administer this inhaler.
Date _____

Reviewed by RN _____ SHA _____ may/ may NOT administer this medication.
Date _____

RN PRINTED Name: _____ RN Signature: _____

CHILDREN'S/AISD STUDENT HEALTH SERVICES

Autorización de padres/custodio legal para dar medicina para Asma en la escuela

Nombre del estudiante: _____ Fecha de nacimiento: _____

Nombre de la escuela: _____ Maestro(a): _____ Grado: _____

Solo los medicamentos que son médicamente necesarios durante horas de escuela, o que están escritos en un IEP deben enviarse a la escuela

Servicios de salud a niños/estudiantes de AISD, y AISD requieren lo siguiente:

- Autorización escrita de padres/custodio legal para administración de inhalador en la escuela.
- Medicina para el asma en envase original membretado. El membrete debe incluir nombre y apellido del estudiante, nombre de la medicina, dosis e instrucciones, nombre del médico con licencia de Texas y fecha actual.
- El inhalador NO debe haber expirado.
- La primera dosis de esta medicación **no puede darse en la escuela.**

Sírvase contestar lo siguiente:

Nombre y potencia de la medicina	Dosis	Hora(s) de darla en la escuela	Tipo de espaciador	Razón/ Mal médico por el que se da la medicina	Comentarios adicionales

Fecha de inicio de medicación: _____ Fecha de cese de medicación: _____

¿Cuándo se dio la primera dosis de esta medicación para esta enfermedad/este mal? _____

Fecha y hora

- Pido que la medicina se dé durante horas de escuela, tal como lo ordenó el médico del estudiante. También pido que la medicina se dé en viajes de estudio, tal como está prescrito.
- Avisaré a la escuela cualquier cambio en la medicación, (cambio de dosis, o de tiempo, etc.).
- Doy permiso de que la enfermera escolar se comunique con los maestros(as) del estudiante sobre las condiciones de salud del estudiante y las medidas acerca de la medicación.
- Doy permiso al personal escolar capacitado de asistir al estudiante con el inhalador.
- Mi hijo(a) _____ **puede/NO puede** llevarse la medicina a casa cuando el año escolar termine.

Encierre en un círculo

Nombre de padres/custodio legal: _____ Relación con el estudiante: _____ # de teléfono: _____

Firma de padres/custodio legal: _____ Fecha: _____

SI QUIERE QUE SU ESTUDIANTE LLEVE CONSIGO EL INHALADOR:

Servicios de salud a niños/estudiantes de AISD, y AISD requieren lo siguiente:

- Petición escrita de padres/custodio legal para permitir que el estudiante traiga consigo el inhalador prescrito y lo use sin supervisión.
- Permiso de la enfermera escolar, después de evaluar el conocimiento y la capacidad del estudiante para llevar consigo y usar en forma segura el inhalador, sin supervisión.
- AUTORIZACIÓN ESCRITA DEL MÉDICO (ver abajo).

Pido que a mi hijo(a) se le permita llevar consigo el inhalador prescrito para el asma y usarlo sin supervisión.

Firma de padres/custodio legal: _____ Fecha: _____

AUTORIZACIÓN DEL MÉDICO

- El estudiante conoce bien el inhalador del asma y entiende cuándo y cómo usarlo con seguridad.
- El estudiante puede administrarse el inhalador sin supervisión.
- El estudiante no está aprobado para auto-medicarse.

Nombre impreso del médico: _____ # de teléfono de su consultorio: _____

Firma del médico: _____ Fecha: _____

Director(a) o designado al que se da aviso de auto-posesión: Sí No

Revisado por RN _____ Estudiante _____ puede/ _____ NO puede llevar y auto-administrarse el inhalador.

Fecha

Revisado por RN _____ Estudiante _____ puede/NO puede administrarse el inhalador

Fecha

Nombre IMPRESO de RN: _____ Firma de RN: _____