

**PARENT/GUARDIAN AUTHORIZATION OF ASTHMA MEDICATION AT SCHOOL**

**Student Name:** \_\_\_\_\_ **Birth Date:** \_\_\_\_\_ **Student ID#:** \_\_\_\_\_

**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 must be 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	Medical Condition for which Medication is given	Medication expiration date	Additional Comments
					Expires: _____	

Medication Start Date: \_\_\_\_\_ Medication Stop Date: \_\_\_\_\_

**(Note: the first dose of any medication may NOT be given at school)**

Has the student ever received this medication before? Yes \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_

If Yes, Date and Time last dose given \_\_\_\_\_

- 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 \_\_\_\_\_ (Circle one) **may/may not** carry the inhaler home when the school year ends.

Parent/Guardian Printed Name \_\_\_\_\_ Day Phone \_\_\_\_\_ Home Phone \_\_\_\_\_

Parent/Guardian Signature \_\_\_\_\_ Date \_\_\_\_\_ Relationship to Student \_\_\_\_\_

**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 inhaler and to use it without supervision with physician authorization signed below.**

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: \_\_\_\_\_



Ascension  
Seton



AUSTIN  
Independent School District

**AUTORIZACIÓN DE PADRES/CUSTODIO LEGAL PARA DAR MEDICINA  
PARA ASMA LA ESCUELA**

Nombre del estudiante: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_ Student ID# \_\_\_\_\_

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	Fecha de caducidad de medicamentos	Comentarios adicionales

Fecha de inicio de medicamentos: \_\_\_\_\_ Fecha de finalización medicamentos: \_\_\_\_\_

**(Nota: la primera dosis de medicamentos no puede darse en la escuela)**

¿El estudiante nunca recibido este medicamento antes? Sí \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_

En caso afirmativo, fecha y hora de última dosis dado \_\_\_\_\_

- 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)

**.Le pido que mi hijo se les permite llevar la prescrito inhalador y utilizarlo sin supervisión con medico autorización firmada por debajo.**

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 \_\_\_\_\_ SHA \_\_\_\_\_ puede/NO puede administrarse el inhalador

Fecha

Nombre IMPRESO de RN: \_\_\_\_\_ Firma de RN: \_\_\_\_\_

