

Parent Asthma Letter

Dear Parents or Guardian of: _____ ID: _____

School: _____

Date: _____

You are receiving this letter because you indicated on the school registration form that your child has asthma.

In order for us to provide the best care for your child, we need your help with the following:

Please **initial** one of the following:

_____ My child no longer has asthma symptoms and receives no treatment or medication.
Initials

_____ My child still has asthma symptoms but does not receive treatment or medication.
Initials

_____ My child still has asthma symptoms and receives treatment and medication at
Initials _____ home _____ school

***Parent Signature: _____ Date: _____
--

If you marked the last choice, we ask that you complete the attached forms and return them to the school nurse as soon as possible:

Medication Authorization Request form - This gives the health team and school permission to give asthma medication to your child. If you and the child's doctor want the child to carry their inhaler and take it without supervision, please have the doctor sign the bottom of the "Parent/Guardian Authorization of Asthma Medication at School".

Parent Information form- This gives us important health information related to your child's asthma. Please sign the bottom of this form allowing the nurse to contact and communicate with your child's doctor, if needed.

Should you have any questions or concerns, please feel free to call at _____.

Sincerely yours,

School Health Staff

Carta a los padres sobre asma

Muy estimados padres o custodio legal de: _____ ID: _____

Escuela: _____

Fecha: _____

Usted está recibiendo esta carta porque indicó en la forma de matrícula escolar que su hijo(a) tiene asma.

Para ofrecer a su hijo(a) el mejor cuidado necesitamos que nos ayude con lo siguiente:

Sírvase **inicial** uno de los siguientes renglones:

_____ Mi hijo(a) no tiene ya síntomas de asma ni recibe tratamiento o medicación.

Iniciales

_____ Mi hijo(a) tiene aún síntomas de asma pero no recibe tratamiento ni medicación.

Iniciales

_____ Mi hijo(a) tiene aún síntomas de asma y recibe tratamiento y medicación en

Iniciales _____ casa _____ la escuela

*****Firma de los padres:** _____ **Fecha:** _____

Si Ud. marcó la última opción, le pedimos que llene las formas adjuntas y las devuelva a la enfermera escolar tan pronto como le sea posible:

Forma para pedir autorización de dar medicación. Ésta da al equipo de salud y a la escuela permiso de administrar a su hijo(a) medicinas para el asma. Si Ud. y el doctor del niño(a) desean que el niño(a) traiga consigo el inhalador y se lo aplique sin supervisión, sírvase pedir al doctor que firme la parte inferior de la “Autorización de padres/custodio legal para dar medicación para el asma en la escuela”.

Forma de información de los padres. Ésta nos da importante información de salud relacionada con el asma de su hijo(a).

Sírvase firmar la parte inferior de esta forma, para permitir a la enfermera contactar y comunicarse con el doctor de su hijo(a), si es necesario.

Si Ud. tiene preguntas o preocupaciones, siéntase libre de llamarme al: _____.

De Uds., atentamente,

Personal de salud escolar