



## ACUERDO DEL PADRE Y EL ALUMNO PARA PORTAR MEDICAMENTO PARA EL ASMA Y/O INYECTOR DE EPINEFRINA

### *Para ser completado por el padre de familia:*

Doy permiso para que mi hijo/a \_\_\_\_\_ lleve consigo el medicamento para el asma y/o el autoinyector de epinefrina que se describe a continuación. Entiendo que él/ella debe seguir las reglas que se indican a continuación. Notificaré a la escuela cualquier cambio que se haga en el medicamento para la afección de mi hijo/a. En caso de que se administre el autoinyector de epinefrina a mi hijo/a, admito y estoy consciente de que el personal del distrito escolar puede llamar al 9-1-1 para solicitar servicios de emergencia.

Nombre del medicamento	Dosis	Frecuencia de uso
_____	_____	_____
_____	_____	_____

Firma del padre de familia o tutor: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

### *Para ser completado por el alumno respecto al uso del inhalador para asma:*

Yo, \_\_\_\_\_ alumno/a de la escuela \_\_\_\_\_ estoy de acuerdo con lo siguiente:

1. He demostrado el uso y cuidado adecuado de mi inhalador al proveedor de atención médica y al personal médico de la escuela.
2. Estoy de acuerdo en nunca compartir el inhalador con otra persona ni dejarlo desatendido para que otros lo encuentren.
3. Acepto que si no experimento una mejoría notable después de dos inhalaciones, avisaré a un maestro o a un adulto responsable, el cual solicitará intervención médica.

Firma del alumno \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Ref: Departamento de Servicios Humanos de Illinois, Control del asma: Manual de recursos para las escuelas (p. 83), 105 ILCS 5/22-30

### *Para ser completado por el alumno respecto al uso del inyector de epinefrina:*

Yo, \_\_\_\_\_ alumno/a de la escuela \_\_\_\_\_ estoy de acuerdo con lo siguiente:

1. He descrito el uso correcto y he demostrado el cuidado correcto de mi autoinyector de epinefrina al proveedor de atención médica y al personal médico de la escuela.
2. Estoy de acuerdo en nunca compartir el autoinyector de epinefrina con otra persona ni dejarlo desatendido para que otros lo encuentren.
3. Acepto que en caso de que me administre mi autoinyector de epinefrina, avisaré a un maestro o a otro adulto responsable, quien puede solicitar intervención médica.

Firma del alumno \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Ref: 105 ILCS 5/22-30