

Santa Cruz Valley Unified School District # 35  
1374 W. Frontage Road, Rio Rico, AZ 85648 (520)281-8282

**Autorización para la administración de medicamentos  
inhalados para el asma**

Escuela: \_\_\_\_\_

Nombre del Estudiante: \_\_\_\_\_

Sexo: (circule)    femenino    masculino      Fecha de nacimiento: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

**PARA COMPLETAR POR EL PADRE / TUTOR**

Nombre de la Madre: \_\_\_\_\_

Nombre del Padre: \_\_\_\_\_

Teléfono del trabajo (mama): \_\_\_\_\_ (papa): \_\_\_\_\_

Teléfono de casa: \_\_\_\_\_ Número de emergencia: \_\_\_\_\_

Nombre del medico familiar: \_\_\_\_\_

Número telefonico del medico familiar: \_\_\_\_\_

Por este medio autorizo a mi hijo/a a llevar y autoadministrarse el medicamento inhalado para el asma. He dado instrucciones a mi hijo/a A NO poner a disposición, proporcionar, o dar el artículo a otro estudiante. Mi hijo/a de inmediato informara de la pérdida o robo de este medicamento. Mi hijo/a esta consciente de que el mal uso de este medicamento lo sujeta a una acción disciplinaria. Se concede autorización para divulgar esta información al personal de la escuela y a los maestros.

Padre / Tutor Firma \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Comentarios: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_