

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: _____
