

**DISTRITO ESCOLAR INDEPENDIENTE DE FORT WORTH**  
**Departamento de Servicios de Salud**

**Auto-administración del estudiante de medicina recetada para asma o anafilaxis**

*Esta forma la deben de llenar los padres y un médico/proveedor de cuidado de salud del estudiante que usa medicina recetada para asma o anafilaxis y que se la auto-suministra.*

Nombre de la escuela: \_\_\_\_\_

Año escolar: \_\_\_\_\_

***Petición de los padres***

*Nosotros, los que firmamos y que somos padres de \_\_\_\_\_ solicitamos que se les permita a nuestros hijos quedarse con su medicina recetada para asma o anafilaxis y que se la suministren ellos mismos como lo indique el médico.*

*Entendemos que es responsabilidad del estudiante el que se quede con su medicina. Si la dejan en otro lado o la usa otro estudiante, se le quitará este privilegio.*

*Doy permiso a la enfermera a que consulte con el médico del estudiante arriba mencionado cualquier pregunta que surja relacionada de las medicinas o condiciones médicas que son tratadas con la medicina.*

\_\_\_\_\_  
*Firma de los padres*

\_\_\_\_\_  
*Fecha*

***Petición del médico***

*Por medio de la presente autorizo a \_\_\_\_\_ a que tenga su medicina recetada en su posesión todo el tiempo.*

\_\_\_\_\_  
*Nombre de la medicina*

\_\_\_\_\_  
*Dosis y horario de administración*

*Favor de marcar todas las que apliquen.*

\_\_\_\_\_ *El estudiante conoce la medicina y sabe como usarla.*

\_\_\_\_\_ *El estudiante tiene las destrezas para poseer y usar la medicina de una manera segura.*

\_\_\_\_\_ *El estudiante se puede auto-administrar la medicina.*

*Todas las autorizaciones vencen al finalizar el año escolar.*

\_\_\_\_\_  
*Firma del médico/proveedor de salud con licencia*

\_\_\_\_\_  
*Teléfono*

\_\_\_\_\_  
*Nombre impreso del medico/proveedor de salud con licencia*

\_\_\_\_\_  
*Fecha*

*El estudiante demostró tener el nivel de destrezas necesarias para auto-suministrarse la medicina recetada incluyendo el uso de cualquier dispositivo requerido para usar la medicina.*

\_\_\_\_\_  
*Firma de la enfermera*

\_\_\_\_\_  
*Fecha*