



SCHOOL DISTRICT OF MONROE

CONSENT FOR ASTHMA INHALER MEDICATION for all schools

Please Complete All Sections, Front and Back

STUDENT: _____ **BIRTHDATE:** _____

GRADE: _____ **HOME ROOM:** _____ **YEAR :** _____

**PHYSICIAN/HEALTH CARE PROVIDER PLEASE
COMPLETE PRESCRIPTION ON BACK**

FOR COMPLETION BY PARENT

I give my child permission to carry and self-administer asthma inhaler.
I believe he/she is responsible to keep this medication in
his/her LOCKER AND IN GYM CLASS ONLY. Yes No

I understand that my child is expected to go to the health office after
they administer a treatment. Yes No

The school office has been provided with a back-up inhaler. Yes No

I authorize trained staff to assist my child in taking this medicine at school if the need arises and communicate
with the physician/health care provider if necessary. I authorize the release of this information to appropriate
school personnel and classroom teachers.

PARENT/GUARDIAN SIGNATURE: _____ **Date:** _____

Home Phone: _____ Work Phone: _____

FOR COMPLETION BY MMS/MHS STUDENT'S ONLY

I agree to be responsible with this medication. To keep it in
my LOCKER and take to GYM CLASS ONLY. Yes No

I understand that I MUST go to the health office after
having to administer a treatment. Yes No

STUDENT SIGNATURE: _____ **Date:** _____

Sk 4/17

****PLEASE COMPLETE ASTHMA PRESCRIPITON AND CARE PLAN ON BACK ****

STUDENT: _____ BIRTHDATE: _____

Asthma Severity: Mild Moderate Severe
My child has been hospitalized for asthma before: Yes No

PREVENTATIVE

List any triggers and control measures, pre-medication and/or dietary restrictions that the student needs to prevent an asthma episode: _____

Exercise Medication: _____ Directions: _____

Spacer: Yes No

Daily control medication taken at home: _____

RESPONDING TO AN ASTHMA EPISODE

Early signs of an asthma episode: cough, wheeze, shortness of breath or tight chest. _____

Your child is responsible for telling an adult if he/she needs to use an inhaler.

Rescue Medication: _____ Directions: _____

- Stop current activity and allow to rest. Help student relax.
- Use quick-relief inhaled medication as directed.
- Observe student to ensure symptoms improve.
- Contact parent if symptoms get worse or do not improve within 15 - 20 minutes after treatment.
- Notify parent or emergency contacts of episode by phone or note.
-

RESPONDING TO AN ASTHMA EMERGENCY

Late signs of an asthma episode: Initial treatment does not help, breathing hard and fast, ribs sticking out trouble walking or talking. _____

Rescue Medication

IN addition to yellow area: _____ Directions: _____

CALL PARENTS TRANSPORT TO PHYSICIAN IF NO IMPROVEMENT 9-911

Is the child knowledgeable about his or her asthma medication? Yes No
Has the child demonstrated the proper technique in administering medication? Yes No
It is my professional opinion that this student may carry and use this
inhaler medication independently. Yes No

PHYSICIAN/PROVIDER SIGNATURE: _____ Date: _____

PHYSICIAN/PROVIDER PRINTED NAME: _____ Phone: _____



DISTRITO ESCOLAR DE MONROE

CONSENTIMIENTO PARA MEDICAMENTOS INHALADORES PARA EL ASMA

Complete todas las secciones, adelante y atrás

ALUMNO: _____ Cumpleaños : _____

CALIFICACIÓN: _____ SALA DE CASA: _____ AÑO : _____

MÉDICO/PROVEEDOR DE ATENCIÓN MÉDICA POR FAVOR
RECETA COMPLETA AL DORSO

PARA COMPLETAR POR EL PADRE

Doy permiso a mi hijo para llevar y autoadministrarse un inhalador para el asma. Creo que él/ella es responsable de mantener este medicamento en su LOCKER Y EN CLASE DE GIMNASIO SOLAMENTE. [] Si [] No

Entiendo que se espera que mi hijo vaya a la oficina de salud después de administrar un tratamiento. [] Si [] No

La oficina de la escuela ha recibido un inhalador de respaldo. [] Si [] No

Autorizo al personal capacitado para ayudar a mi hijo a tomar este medicamento en la escuela si surge la necesidad y comunicarse con el médico/proveedor de atención médica si es necesario. Autorizo la divulgación de esta información al personal escolar apropiado y maestros de clase.

FIRMA DEL PADRE / TUTOR: _____ Fecha: _____

Teléfono de casa: _____ Teléfono del trabajo: _____

PARA COMPLETAR SÓLO POR EL ESTUDIANTE DE MMS/MHS

Acepto ser responsable con este medicamento. Para guardarlo en mi LOCKER y llevarlo SÓLO A LA CLASE DE GIMNASIO. [] Si [] No

Entiendo que DEBO ir a la oficina de salud después de tener que administrar un tratamiento. [] Si [] No

FIRMA DEL ESTUDIANTE: _____ FECHA: _____

Sk 4/17

** POR FAVOR COMPLETE LA PRESCRIPCIÓN PARA EL ASMA Y EL PLAN DE CUIDADO AL DORSO **

ALUMNO: _____ Cumpleaños: _____

Gravedad del asma: Templado Moderado Severo
Mi hijo ha sido hospitalizado para el asma antes: Si No

PREVENTIVO

Enumere los desencadenantes y las medidas de control, premedicación y/o restricciones dietéticas que el estudiante necesita para prevenir un episodio de asma: _____

Medicamentos para el ejercicio: _____ Direcciones: _____

Espaciador: Si No

Medicamentos de control diarios tomados en casa: _____

RESPONDIENDO A UN EPISODIO DE ASTHMA

Primeros signos de un episodio de asma: tos, sibilancias, dificultad para respirar u opresión en el pecho. _____ *Su hijo es responsable de decirle a un adulto si necesita usar un inhalador.*

Medicación de rescate: _____ Direcciones: _____

- Detener la actividad actual y dejar descansar. Ayude al estudiante a relajarse.
- Use medicamentos inhalados de alivio rápido según las indicaciones.
- Observe al estudiante para asegurarse de que los síntomas mejoren.
- Comuníquese con los padres si los síntomas empeoran o no mejoran dentro de los 15 a 20 minutos posteriores al tratamiento.
- Notificar a los padres o contactos de emergencia del episodio por teléfono o nota.

RESPONDIENDO A UNA EMERGENCIA DE ASMA

Signos tardíos de un episodio de asma: el tratamiento inicial no ayuda, respiración fuerte y rápida, costillas que sobresalen dificultad para caminar o hablar. _____

Medicación de rescate

Además del área

amarilla: _____ Direcciones: _____

**LLAME A LOS PADRES
TRANSPORTE AL MÉDICO SI NO MEJORA 9-911**

¿Conoce el niño su medicación para el asma? Yes No
¿Ha demostrado el niño la técnica adecuada para administrar la medicación? Yes No
Es mi opinión profesional que este estudiante puede llevar y usar este medicamento inhalador de forma independiente. Yes No

FIRMA DEL MÉDICO/PROVEEDOR: _____ Fecha: _____

MEDICO/PROVEEDOR NOMBRE IMPRESO: _____ Teléfono: _____