

Nombre de mi hijo/a _____

Las medicinas diarias y de emergencia son:

Nombre _____ Cantidad y frecuencia _____

Nombre _____ Cantidad y frecuencia _____

Nombre _____ Cantidad y frecuencia _____

Nombre _____ Cantidad y frecuencia _____

Nombre _____ Cantidad y frecuencia _____

Control de Asma en la Escuela

Administre medicina de emergencia recetada Si No
(Necesita indicación médica, MCPS 525-13)

Permita que mi niño/a descanse en el cuarto de Enfermería Si No

Permita que mi hijo/a tenga la medicina con él/ella Si No
(Se sugiere tener medicina en el cuarto de Enfermería,
ésto necesita la indicación médica MCPS 525-13)

Llame al padre de familia/guardián Si No
(como se indica en la tarjeta de emergencia en la escuela)

Otro _____

El personal de Salud determinará si se necesita llamar a 911

Esta información será compartida con el personal de la escuela que está a cargo de su niño (a).

Firma del padre de familia/Guardián _____ Fecha _____

Revisado por _____, Enfermera

Fecha _____

Comentarios

Manténgase Saludable