Fecha _____

Departamento de Salud del Estado de Utah
Oficina de Educación del Estado de Utah

Formulario para la Auto-Administración de Medicamentos contra el Asma

De acuerdo con lo dispuesto en el artículo 53 A-11-602 del Código de Utah

Nombre del Alumno Fecha de Nacimiento

Domicilio Ciudad Estado Código Postal

INFORMACIÓN DE CONTACTO EN CASO DE EMERGENCIAS :

Nombre: _____ **Teléfono:**_____

Autorización de la empresa prestadora de atención médica

El alumno cuyo nombre se menciona arriba es un paciente a mi cargo. Considero que es médicamente adecuado que el alumno se auto-administre el medicamento que se le ha prescripto contra el asma y que lleve consigo su inhalador para el asma en todo momento. El medicamento que se le ha recetado al alumno es:
Nombre del medicamento:_____
Dosis:_____
Posibles efectos colaterales:_____

Firma del Representante de la empresa prestadora de atención médica Fecha

Autorización de los padres / tutor o encargado

☐ Por medio del presente autorizo a mi hijo/hija _____ a auto-administrarse los medicamentos descritos anteriormente, de acuerdo con lo dispuesto por el artículo 53 A-11-602 del Código de Utah.

☐ No autorizo a mi hijo/hija para auto-administrarse el medicamento descrito. Les solicito amablemente que el medicamento de mi hijo/hija esté siempre en poder de personal escolar adecuado.

Tanto mi hijo/hija como yo comprendemos que existen consecuencias muy serias en caso de compartir cualquier tipo de medicamentos con otras personas.

Firma del padre, tutor o encargado Fecha

Agosto 24 de 2004