



Davis Joint Unified School District

Student Services

526 B Street, Davis, CA 95616

530/757-5300 ext. 116

FAX 530/757-5416

Dear Parent/Guardian:

Our records indicate your child has asthma. Responding below will help the district nurses to determine appropriate measures to accommodate your child's health needs. Please return this letter at your earliest convenience to your child's school office.

My child had asthma symptoms in the past, but does not currently need medication at school or other accommodations for asthma. Yes ___ No ___

My child has an inhaler in the school office with a form on file: Yes ___ No ___

If yes to either statement, skip the remainder of this form, sign and date below and return this form to the school office.

If no, please continue:

- My child's asthma is: mild ___ moderate ___ severe ___
- My child needs an inhaler: rarely ___ occasionally ___ daily ___
- My child takes regular preventative asthma medications: Yes ___ No ___
- My child needs nebulizer treatments to control asthma: Yes ___ No ___
- My child has been hospitalized due to asthma: Yes ___ No ___

If yes, date of most recent hospitalization: _____

- I would like my child to carry his/her inhaler to school: Yes ___ No ___

If yes, please have your physician complete the section below.

- I would like to meet with a school nurse to develop an asthma care plan for my child: Yes ___ No ___

Consent for Inhaled Medications at School

Patient's name _____ Grade: _____

Name of Medication _____ Dose: _____ Rx# _____

Physician prescribing medication: (print): _____

I have instructed this patient in the proper way to use his/her medications. It is my professional opinion that he/she should be allowed to carry and use this medication by him/herself.

Physician signature: _____ Date: _____

I certify that the information provided above regarding my child is current.

If asthma medication is to be used at school: I give permission for the school nurse to contact the above physician if needed. I release the school district from any and all liability associated with my child's use of this medication.

Student (please print) _____ School _____

Parent Signature _____ Date: _____

Estimado Padre/Guardián:

Nuestros archivos indican que su hijo(a) tiene asma. Respondiendo lo de abajo ayudará a la enfermera del distrito a determinar medidas apropiadas para acomodar las necesidades de salud de su hijo(a) y obedecer legislaciones recientes (ver reverso). Favor de regresar esta carta tan pronto le sea posible a la oficina de la escuela.

Mi hijo(a) tuvo problemas de asma en el pasado, pero actualmente no presenta síntomas y no está bajo cuidado médico para asma:
Sí _____ No _____

Mi hijo(a) tiene un inhalador en la oficina de la escuela con un formulario en archivo: Sí _____ No _____

Si sí a cualquier de las declaraciones, *sáltese el restante de este formulario, firmelo y féchelo en la parte de abajo y devuélvalo a la oficina de la escuela.*

Si no, favor de continuar:

- El asma de mi hijo(a) es: Leve _____ moderada _____ severa _____
- Mi hijo(a) necesita un inhalador : diariamente _____ ocasionalmente _____ raramente _____
- Mi hijo(a) toma medicamento preventivo contra el asma: Sí _____ No _____
- Mi hijo(a) necesita tratamiento nebuloso para control del asma: Sí _____ No _____
- Mi hijo(a) ha sido hospitalizado(a) por asma: Sí _____ No _____
Si sí, fecha de la hospitalización más reciente: _____
- Mi hijo(a) tiene un inhalador en la oficina con un formulario en el archivo: Sí _____ No _____
- Me gustaría que mi hijo(a) lleve su inhalador a la escuela: Sí _____ No _____
Si sí, haga que su doctor complete el formulario de abajo.
- Me gustaría reunirme con la enfermera de la escuela para desarrollar un plan para el cuidado del asma para mi hijo(a):
Sí _____ No _____

Consentimiento para Medicación en Inhalador en la Escuela

Nombre del Estudiante: _____ Grado _____

Nombre del Medicamento: _____ Rx# _____

Médico que prescribe el medicamento: (imprima): _____

Yo he instruido a _____ en la manera correcta a usar su medicamento. Es mi opinión profesional de que a el/ella se le permita llevar y usar este medicamento por si mismo(a).

Firma del médico: _____ Fecha: _____

Yo certifico que la información proveída arriba con respecto a mi hijo(a) es verdadera y actual:

Si la medicación para asma es para ser usada en la escuela: Doy permiso a la enfermera de la escuela de contactar al médico arriba indicado de ser necesario. Yo libero al distrito escolar de cualquier y toda responsabilidad asociada con el uso de este medicamento por mi hijo(a).

Nombre del estudiante: _____

Firma del padre: _____ Fecha: _____