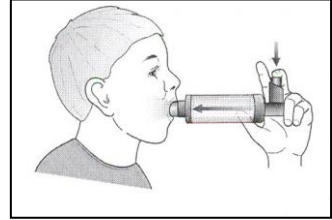


San Francisco Unified School District



ASTHMA MEDICATION FORM (One Medication Per Form)

Estimado padre de familia, tutor o encargado:

El Código de Educación de California en su artículo 49423, estipula que los estudiantes que tienen que tomar medicamentos prescritos o sin receta médica durante las horas de clase **SOLAMENTE PUEDEN** ser asistidos por el personal de la escuela, si el Distrito Escolar recibe una declaración específica por escrito del proveedor de la atención médica **Y** del padre de familia, tutor o encargado del estudiante. **Por favor, complete totalmente este formulario y entrégueselo al Director.**

P l e a s e p r i n t l e g i b l y i n a l l s e c t i o n s

Student Name: Last	First	Middle	Date of Birth (Month/Day/Year)
--------------------	-------	--------	--------------------------------

HEALTH CARE PROVIDER SECTION

Health Condition for which medication is prescribed: <p style="text-align: center; font-weight: bold;">ASTHMA</p>	Quick Relief Asthma Medication: _____ Dose: 2 puffs (give 1 at a time, 1 minute apart), with spacer; inhale each puff and hold for 10 seconds
How is medication to be given? Inhalation	Frequency: AS NEEDED, 4-6 hours apart ; if the inhaler is new or not used in the past 2 weeks, prime the device first, as described in the medication instructions. (To prime, spray the inhaler 3-4 times away from the face or follow medication package instructions.)
The medication is to be continued as above until: (please be as specific as possible about date)	If NOT on an as needed basis, about what time(s) does the quick relief medication need to be given at school? <p style="text-align: right;">_____AM / PM</p>
Any precautions that school personnel need to know? Contraindications?	What are possible reactions/side effects? Rapid heart rate What should be done in the event of reaction/side effect?

Check appropriate boxes below:

- I authorize this student to **self-administer** the above medication.
- I authorize designated school personnel to assist the student with taking the above medication.

Print name, address & phone number of Health Care Provider	Signature of Health Care Provider	Date
--	-----------------------------------	------

SECCIÓN QUE LE CORRESPONDE AL PADRE DE FAMILIA, TUTOR O ENCARGADO

Nombre del padre de familia/tutor/encargado	Idioma del hogar	Teléfono durante el día ()
Dirección – Número y Calle	No. del Apto. Ciudad Zona Postal	Teléfono por la tarde ()
Escuela	Guardería / Primaria / Intermedia / Secundaria	Horas de la escuela

Marque la casilla que corresponda:

- Autorizo a mi hijo/a a que se suministre el medicamento que se menciona en la sección de arriba.
- Autorizo al personal de la escuela para que le administre a mi hijo/a el medicamento que se menciona en la sección de arriba.

1. Estoy de acuerdo en no responsabilizar al Distrito Escolar Unificado de San Francisco (SFUSD) o a sus empleados, por los resultados de tomar el medicamento o por la manera en que se administra el mismo.
2. Reembolsaré al Distrito Escolar Unificado de San Francisco o a sus empleados por cualquier obligación que surja fuera de estas disposiciones.
3. Le notificaré inmediatamente al Director de la escuela si hay algún cambio en el medicamento o en el horario para administrar el mismo.
4. Es de mi conocimiento que es mi responsabilidad enviar el medicamento en el envase original de la farmacia, rotulado con el nombre de mi hijo/a y las instrucciones del proveedor del cuidado para la salud.
5. Es de mi conocimiento que este formulario automáticamente expira al final de cada año escolar.
6. Doy mi consentimiento para que las autoridades escolares tomen la acción apropiada para la seguridad y bienestar de mi hijo/a.

Firma del padre de familia/tutor/encargado _____ Fecha _____