

ESCUELAS PÚBLICAS DE DENVER

DIVISIÓN DE SERVICIOS DEL ESTUDIANTE
Y ESTUDIANTES DE ENFERMERÍA DE SERVICIOS DE SALUD
2020-2021

CONTRATO PARA ESTUDIANTES QUE LLEVAN CONSIGO Y SE AUTO ADMINISTRAN UN INHALADOR MIENTRAS ESTÁN EN LA ESCUELA

ESTUDIANTE

- Mantendré conmigo en todo momento en la escuela, mi inhalador de emergencia.
- Estoy de acuerdo y usaré mi inhalador de emergencia de manera responsable, solamente como me ordenó mi doctor/enfermera practicante.
- Notificaré en la oficina de salud de la escuela si estoy experimentado más dificultad de la usual con mi asma.
- Si pierdo mi inhalador, notificaré a [] en la escuela y el/ella lo notificará a mi padre/madre/tutor.
- No permitiré que ninguna otra persona use mi inhalador de emergencia.

Firma del Estudiante []

Fecha [/ /]

PADRE/MADRE/TUTOR

Este contrato estará en vigencia para el presente año escolar, a menos que fuera revocado por el médico o la enfermera de la escuela si el estudiante no cumple con las contingencias de seguridad arriba descritas.

- Estoy de acuerdo y verificaré que mi estudiante lleve con el/ella su medicación prescrita, que el dispositivo contenga medicina y la medicina no haya caducado.
- Me han recomendado que provea a la oficina de salud un inhalador de emergencia para cualquier contingencia.
- Revisaré en que estado está el asma de mi estudiante con el/ella, de manera regular, como lo acordé en el plan de tratamiento.
- Entiendo que tengo la opción de retirar mi permiso para que mi estudiante lleve y se auto administre su inhalador.

Firma del Padre/Madre/Tutor []

Fecha [/ /]

Revocación del permiso []

Firma/Fecha [/ /]

ENFERMERA ESCOLAR

- El estudiante arriba mencionado ha demostrado técnicas correctas para el uso del inhalador, un entendimiento de lo ordenado por el médico en cuanto a las horas y las dosis, y un entendimiento del concepto de un tratamiento previo con un inhalador antes de hacer ejercicio.
- El personal escolar que necesita saber acerca de la condición del estudiante y que el/ella necesita llevar consigo su medicación, ya ha sido notificado.

Firma de la enfermera escolar []

Fecha [/ /]

Revocación del permiso []

Firma de la enfermera escolar / Fecha []

Razón de la revocación []