



**Health Services**  
**15700 East 1<sup>st</sup> Avenue**  
**Aurora, CO 80011**  
**Phone: 303-365-7813**  
**FAX: 303-326-1268**

**CONTRATO PARA ESTUDIANTES QUE LLEVAN INHALADOR  
MIENTRAS ESTAN EN LA ESCUELA**

Nombre del Estudiante \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_

Escuela \_\_\_\_\_

**ESTUDIANTE**

- Estoy de acuerdo en llevar mi inhalador conmigo durante el día escolar y no a la clínica de la escuela. Me ha sido recomendado que deje un inhalador extra en la clínica para emergencias.
- Estoy de acuerdo a utilizar mi inhalador de una manera responsable, según las órdenes de mi doctor.
- Avisare a la clínica de la escuela si tengo mas dificultad de lo normal con el asma.
- No dejare a nadie usar mi inhalador más que yo.

Firma del Estudiante \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

**PADRE/TUTOR**

Este contrato se realiza solo en este año escolar a menos que no sea revocado por el medico o que el estudiante deja de seguir las contingencias de seguridad antedicho.

- Estoy de acuerdo que mi hijo/a lleve su medicamento recetado, que el inhalador lleve medicamento y que la fecha de calidad es actual.
- Me han recomendado dejar un inhalador extra en la clínica escolar en caso de alguna emergencia.
- Yo revisare el estado del asma de mi hijo/a con el/ella en un base regular según lo convenido en el plan de tratamiento.

Firma del Padre/Tutor \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

**SCHOOL NURSE**

- The above student has demonstrated correct technique for inhaler use, an understanding of the physician order for time and dosages, and an understanding of the concept of pretreatment with an inhaler prior to exercise.
- School staff that have the need to know about the student's condition and the need to carry medication have been notified.

Registered Nurse's Signature \_\_\_\_\_ Date \_\_\_\_\_