

Parent Asthma Letter

Dear Parents or Guardian of: _____ ID: _____

School: _____

Date: _____

You are receiving this letter because you indicated on the school registration form that your child has asthma.

In order for us to provide the best care for your child, we need your help with the following:

Please **initial** one of the following:

_____ My child no longer has asthma symptoms and receives no treatment or medication.
Initials

_____ My child still has asthma symptoms but does not receive treatment or medication.
Initials

_____ My child still has asthma symptoms and receives treatment and medication at
Initials _____ home _____ school

*****Parent Signature:** _____ **Date:** _____

If you marked the last choice, we ask that you complete the attached forms and return them to the school nurse as soon as possible:

Medication Authorization Request form - This gives the health team and school permission to give asthma medication to your child. If you and the child's doctor want the child to carry their inhaler and take it without supervision, please have the doctor sign the bottom of the "Parent/Guardian Authorization of Asthma Medication at School".

Parent Information form- This gives us important health information related to your child's asthma. Please sign the bottom of this form allowing the nurse to contact and communicate with your child's doctor, if needed.

Should you have any questions or concerns, please feel free to call at _____.

Sincerely yours,

School Health Staff



Carta a los padres sobre asma

Muy estimados padres o custodio legal de: _____ ID: _____

Escuela: _____

Fecha: _____

Usted está recibiendo esta carta porque indicó en la forma de matrícula escolar que su hijo(a) tiene asma.

Para ofrecer a su hijo(a) el mejor cuidado necesitamos que nos ayude con lo siguiente:

Sírvase **inicial** uno de los siguientes renglones:

_____ Mi hijo(a) no tiene ya síntomas de asma ni recibe tratamiento o medicación.
Iniciales _____

_____ Mi hijo(a) tiene aún síntomas de asma pero no recibe tratamiento ni medicación.
Iniciales _____

_____ Mi hijo(a) tiene aún síntomas de asma y recibe tratamiento y medicación en
Iniciales _____ casa _____ la escuela

*****Firma de los padres:** _____ **Fecha:** _____

Si Ud. marcó la última opción, le pedimos que llene las formas adjuntas y las devuelva a la enfermera escolar tan pronto como le sea posible:

Forma para pedir autorización de dar medicación. Ésta da al equipo de salud y a la escuela permiso de administrar a su hijo(a) medicinas para el asma. Si Ud. y el doctor del niño(a) desean que el niño(a) traiga consigo el inhalador y se lo aplique sin supervisión, sírvase pedir al doctor que firme la parte inferior de la “Autorización de padres/custodio legal para dar medicación para el asma en la escuela”.

Forma de información de los padres. Ésta nos da importante información de salud relacionada con el asma de su hijo(a).

Sírvase firmar la parte inferior de esta forma, para permitir a la enfermera contactar y comunicarse con el doctor de su hijo(a), si es necesario.

Si Ud. tiene preguntas o preocupaciones, siéntase libre de llamarme al: _____.

De Uds., atentamente,

Personal de salud escolar



Asthma Information from Parent

Student's name _____ D.O.B _____ School _____ Teacher/grade _____ Student ID# _____

Parent/Guardian _____ phone(H) _____ phone(W) _____ phone(Cell) _____

Parent/Guardian _____ Phone(H) _____ Phone(W) _____ Phone(Cell) _____

Emergency contact _____ Relationship _____ Phone _____

Physician/Clinic _____ Phone(office) _____ FAX _____

Does your child see another physician/clinic for asthma (If yes, please complete doctor information)? Yes No
Physician/Clinic: _____ Phone(office) _____ FAX _____

List all medications: Home _____

School _____

What triggers your child's asthma attack (Check all that apply)

- Insect Bites/ Stings
- Dust/ Dust Mites
- Exercise
- Pest/ Roaches
- Cold air
- Strong odors, perfume, cleaning products
- Cigarette smoke
- Stuffed Animals
- Mold
- Pets
- Weather changes
- Foods: _____
- Colds/ Flu/Illness
- Carpet
- Ozone alert days
- Plants, flowers, cut grass, pollen
- Wood smoke
- Emotion
- Other: _____

Does student have an Epipen? Yes No

Describe the symptoms your child experiences before or during an asthma episode (Check all that apply)

- Cough
- Shortness of breath
- Wheezing
- "Tightness" in chest
- Breathing hard and fast
- Runny nose
- Rubbing chin/ neck
- Feeling tired/ weak
- Other: _____

How many years has your child had asthma? ___/years or ___/month

How often does your child wheeze or cough? ___/week or ___/month

Does your child have nighttime coughing or wheezing? Yes No: If yes, how often? ___/week ___/month

What does your child do at home to relieve breathing difficulties during an asthma attack?

Rest/relaxation _____ Drinks/Liquids _____ Medications _____ Other: _____

Would you like additional asthma educational information? Yes No

Authorization for Release of Medical Information:

1. I hereby authorize _____ to furnish asthma- related information regarding my child _____ to the Student Health Services personnel at _____ school.
Clinic/Provider _____ Student's Name _____

Parent/Guardian Signature _____ Print Name _____ Date _____

2. I give permission for the school nurse to communicate with my child's doctor concerning their asthma and its treatment

Parent/Guardian Signature _____ Print Name _____ Date _____



Información de los padres sobre Asma

Nombre del estudiante _____ Fecha de nacimiento _____ Escuela _____ Maestro/grado _____ Student ID# _____

Padre/Custodio legal _____ Teléfono (C) _____ Teléfono(T) _____ Teléfono(Cel.) _____

Madre/Custodio legal _____ Teléfono (C) _____ Teléfono(T) _____ Teléfono(Cel.) _____

Contacto de emergencia _____ Relación _____ Teléfono _____

Médico/Clinica _____ Teléfono(oficina) _____ FAX _____

¿Su hijo(a) ve otro médico / clínica para el asma? (Si es "sí", sírvase llenar la información del doctor) Sí No
Médico/Clinica _____ Teléfono(oficina) _____ FAX _____

Lista de todas las medicinas: casa _____
escuela _____

Qué es lo que provoca el ataque de asma de su hijo(a) (marque todo lo que se aplique)

- picaduras de insecto/ agujones
- polvo/ garrapatas del polvo
- ejercicio
- plagas/ cucarachas
- aire frío
- olores fuertes, perfume, productos de limpieza
- humo de cigarrillos
- animales de peluche
- moho
- mascotas
- cambios del tiempo
- alimentos: _____
- resfriados/ influenza/enfermedades
- alfombra
- días de alerta por ozono
- Plantas, flores, pasto cortado, polen
- humo de madera
- emoción
- Otros: _____

¿Tiene el estudiante un auto-inyector? Sí No

Describa los síntomas de su hijo(a) antes o durante un episodio de asma (Marque todos los que se apliquen)

- tos
- dificultad para respirar
- resuello silboso
- "opresión" en el pecho
- respiración áspera y rápida
- escurrimiento nasal
- frotamiento de barbilla/cuello
- sensación de fatiga/ debilidad
- otros: _____

¿Cuántos años ha tenido asma su hijo(a)? ____/años o ____/meses
¿Con qué frecuencia resuella o tose su hijo(a)? ____/por semana o ____/mes

¿Tose o resuella su hijo(a) durante la noche? Sí No: If es "sí", ¿con qué frecuencia? ____/semana ____/mes

¿Qué hace su hijo en casa para aliviar la respiración difícil durante un ataque de asma?
descansar/relajarse beber/líquidos medicinas Otra cosa: _____

¿Querría Ud. tener más información educativa sobre el asma? Sí No

Autorización para dar información médica:

1. Por este documento autorizo a _____ a dar información sobre el asma de mi hijo(a)

_____ Clínica/Proveedor
al personal de salud estudiantil en la escuela _____
Nombre del estudiante

Firma de padres/custodio legal Nombre en letra de molde Fecha

2. Doy permiso de que la enfermera escolar se comunique con el doctor de mi hijo(a) sobre el asma y su tratamiento

Firma de padres/custodio legal Nombre en letra de molde Fecha



PARENT/GUARDIAN AUTHORIZATION OF ASTHMA MEDICATION AT SCHOOL

Student Name: _____ Birth Date: _____ Student ID#: _____

School Name: _____ Teacher: _____ Grade: _____

Only those medications that are medically necessary during school hours or written in an IEP should be sent to school. Children's/AISD Student Health Services and AISD require the following:

- Parent/Guardian written authorization for inhaler administration at school.
- Asthma medication must be in original, labeled container. Label should include student's first and last name, name of medicine, dosage and directions, name of physician who is licensed in Texas, and current date.
- Inhaler must NOT be expired.
- The first dose of this medication **may not be given at school.**

Please complete the following:

Medication Name and Strength	Dosage	Time(s) to be Given at School	Type of Spacer	Medical Condition for which Medication is given	Medication expiration date	Additional Comments
					Expires: _____	

Medication Start Date: _____ Medication Stop Date: _____

(Note: the first dose of any medication may NOT be given at school)

Has the student ever received this medication before? Yes _____ No _____

If Yes, Date and Time last dose given _____

- I request that the above medication be given during school hours as ordered by this student's physician. I also request that the medication be given on field trips, as prescribed.
- I will notify the school of any change in the medication, (dosage change, time change, etc.).
- I give permission for the school nurse to communicate with the student's teachers about the student's health condition(s) and the action(s) of the medication.
- I give permission for trained school personnel to assist the student with inhaler.

My child _____ (Circle one) **may/may not** carry the inhaler home when the school year ends.

Parent/Guardian Printed Name _____ Day Phone _____ Home Phone _____
 Parent/Guardian Signature _____ Date _____ Relationship to Student _____

IF YOU WANT YOUR STUDENT TO CARRY HIS/HER INHALER:

Children's/ AISD Student Health Services and AISD require the following:

- Written request from parent/ guardian to allow the student to carry the prescribed inhaler and use without supervision.
- Permission from the school nurse, after assessing the student's knowledge and ability to safely carry and use the inhaler without supervision.
- WRITTEN AUTHORIZATION FROM THE PHYSICIAN (see below).

I request that my child be permitted to carry the prescribed inhaler and to use it without supervision with physician authorization signed below.

Parent/Guardian Signature: _____ Date: _____

PHYSICIAN AUTHORIZATION:

- Student is knowledgeable about the asthma inhaler and understands how and when to use it safely.
- Student may administer the inhaler without supervision.
- Student is not approved to self-medicate.

Physician's Printed Name: _____ Office Phone Number: _____ Physician's Signature: _____ Date: _____

Principal or designee notified for self carry: Yes No

Reviewed by RN _____ Date _____	Student _____ may/ _____ may NOT carry and self-administer this inhaler.
Reviewed by RN _____ Date _____	SHA _____ may/ may NOT administer this medication.
RN PRINTED Name: _____	RN Signature: _____

**AUTORIZACIÓN DE PADRES/CUSTODIO LEGAL PARA DAR MEDICINA
PARA ASMA LA ESCUELA**

Nombre del estudiante: _____ Fecha de nacimiento: _____ Student ID# _____

Nombre de la escuela: _____ Maestro(a): _____ Grado: _____

Solo los medicamentos que son médicamente necesarios durante horas de escuela, o que están escritos en un IEP deben enviarse a la escuela

Servicios de salud a niños/estudiantes de AISD, y AISD requieren lo siguiente:

- Autorización escrita de padres/custodio legal para administración de inhalador en la escuela.
- Medicina para el asma en envase original membretado. El membrete debe incluir nombre y apellido del estudiante, nombre de la medicina, dosis e instrucciones, nombre del médico con licencia de Texas y fecha actual.
- El inhalador NO debe haber expirado.
- La primera dosis de esta medicación **no puede darse en la escuela.**

Sírvase contestar lo siguiente:

Nombre y potencia de la medicina	Dosis	Hora(s) de darla en la escuela	Tipo de espaciador	Razón/ Mal médico por el que se da la medicina	Fecha de caducidad de medicamentos	Comentarios adicionales

Fecha de inicio de medicamentos: _____ Fecha de finalización medicamentos: _____

(Nota: la primera dosis de medicamentos no puede darse en la escuela)

¿El estudiante nunca recibido este medicamento antes? Sí _____ No _____

En caso afirmativo, fecha y hora de última dosis dado _____

- Pido que la medicina se dé durante horas de escuela, tal como lo ordenó el médico del estudiante. También pido que la medicina se dé en viajes de estudio, tal como está prescrito.
- Avisaré a la escuela cualquier cambio en la medicación, (cambio de dosis, o de tiempo, etc.).
- Doy permiso de que la enfermera escolar se comuniquen con los maestros(as) del estudiante sobre las condiciones de salud del estudiante y las medidas acerca de la medicación.
- Doy permiso al personal escolar capacitado de asistir al estudiante con el inhalador.
- Mi hijo(a) _____ **puede/NO puede** llevarse la medicina a casa cuando el año escolar termine.

Encierre en un círculo

Nombre de padres/custodio legal: _____ Relación con el estudiante: _____ # de teléfono: _____

Firma de padres/custodio legal: _____ Fecha: _____

SI QUIERE QUE SU ESTUDIANTE LLEVE CONSIGO EL INHALADOR:

Servicios de salud a niños/estudiantes de AISD, y AISD requieren lo siguiente:

- Petición escrita de padres/custodio legal para permitir que el estudiante traiga consigo el inhalador prescrito y lo use sin supervisión.
- Permiso de la enfermera escolar, después de evaluar el conocimiento y la capacidad del estudiante para llevar consigo y usar en forma segura el inhalador, sin supervisión.
- AUTORIZACIÓN ESCRITA DEL MÉDICO (ver abajo)

.Le pido que mi hijo se les permite llevar la prescrito inhalador y utilizarlo sin supervisión con medico autorización firmada por debajo.

Firma de padres/custodio legal: _____ Fecha: _____

AUTORIZACIÓN DEL MÉDICO

- El estudiante conoce bien el inhalador del asma y entiende cuándo y cómo usarlo con seguridad.
- El estudiante puede administrarse el inhalador sin supervisión.
- El estudiante no está aprobado para auto-medicarse.

Nombre impreso del médico: _____ # de teléfono de su consultorio: _____

Firma del médico: _____ Fecha: _____

Director(a) o designado al que se da aviso de auto-posesión: Sí No

Revisado por RN _____ Estudiante _____ puede/ _____ NO puede llevar y auto-administrarse el inhalador.
Fecha

Revisado por RN _____ SHA _____ puede/NO puede administrarse el inhalador
Fecha

Nombre IMPRESO de RN: _____ Firma de RN: _____