

## **ASTHMA THERAPY CONSENT**

Student Name: \_\_\_\_\_ DOB: \_\_\_\_\_

I agree to allow the above-name student to use his/her prescribed inhaler on school premises in the event that he/she is suffering from asthma related symptoms.

It is imperative that parent(s)/guardian(s) supply the school with a prescribed inhaler for his/her child. 911 will be called for students who DO NOT have his/her own supply of prescribed inhaler in the event that the student is suffering from asthma related symptoms.

Parent/Guardian Signature: \_\_\_\_\_ Date: \_\_\_\_\_

## **CONSENTIMIENTO TERAPIA DEL ASMA**

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

Estoy de acuerdo en permitir que el estudiante arriba mencionado pueda usar su inhalador prescrito en la escuela en el caso de que él/ella está sufriendo de síntomas relacionados con el asma.

Es de suma importancia que los padre(s)/tutor(es) facilitén a la escuela con un inhalador prescrito para su hijo/a. Se llamará al 911 para los estudiantes que no tienen su propio suministro de inhalador prescrito en el caso de que el estudiante este sufriendo de síntomas relacionados con el asma .

Padre/Tutor Firma: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_