



FORMULARIO I
CERTIFICACIÓN MÉDICA

1. Certifico que el (la) paciente _____
de _____ años, con número de expediente médico _____, es mi paciente desde
____/____/____ (día/mes/año) y tiene un diagnóstico de asma.

Esta o no está capacitado física y mentalmente para administrarse por cuenta propia los medicamentos de asma durante el horario escolar regular y extendido. (Favor de marcar con una X):

____ Está capacitado
____ No está capacitado

2. He instruido y adiestrado al paciente y/o al padre, madre, tutor o encargado sobre la manera adecuada, correcta y responsable del uso del(los) medicamento(s) incluido(s) en el Plan de Acción. Este adiestramiento incluyó información sobre el tipo de medicamento, rutas y procedimientos a seguir para administrarse por cuenta propia o con la ayuda del padre, madre, tutor o encargado (lo que aplique) los medicamentos, dosis a administrarse, vía y frecuencia de la administración, instrucciones para manejar y formas seguras de almacenar el medicamento.
3. Se incluye el Plan de Acción para continuidad de tratamiento médico, con instrucciones especiales en caso de emergencia.

Nombre del médico (letra de molde): _____
Número de licencia: _____
Especialidad: _____
Número de teléfono de la oficina: _____
Nombre del grupo, Centro o IPA (si aplica): _____
Dirección postal: _____
Fecha de hoy (día/mes/año): ____/____/____
Firma del médico: _____

***Este documento debe renovarse anualmente, o antes si el plan de tratamiento del estudiante cambia.**

Uso de la escuela:

Recibido por: _____
(Director de la escuela o representante autorizado)

Fecha _____

Día/ Mes/ Año

Original: Expediente del estudiante en la escuela.

Copia: Padre, madre, tutor o encargado.

Sello de la Escuela:

