DEPARTAMENTO DE SALUD
GOBIERNO DE PUERTO RICO

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.

   Está 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 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 de Asma. 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 de Asma 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 de 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: _____ Fecha: _____

(Director/a de la escuela o representante autorizado) Día/mes/año

Original: Expediente del estudiante en la escuela. Sello de la Escuela:

Copia: Padre, madre, tutor o encargado.