



San Diego City Schools
Programa de Enfermería y Bienestar

_____ Escuela

Programa de Experiencias de Aprendizaje
Integrado al Aire libre(OCILE)

_____ **Programa de Old Town – 4° grado**

Enfermera – Tel. : (619) 293-4432

Fax : (619) 298-1549

_____ **Programa del Parque Balboa– 5° grado**

Enfermera – Tel. : (619) 293-4459

Fax : (619) 686-6780

Estimado Padre/Madre/Tutor:

Se ha determinado que su hijo/hija asistirá al programa anotado arriba el _____ y sabemos que tiene un historial de asma. Si su hijo/hija usa inhalador para asma, en cualquier momento, es necesario que lo traiga al programa. El exponerse al medio ambiente, junto con el ejercicio físico suelen activar el asma. Es importante que las enfermeras de estos programas al aire libre tengan información actualizada. Por favor responda a lo siguiente y entregue sus respuestas cuanto antes a la enfermera escolar.

Alumno/Alumna: _____

_____ Mi hijo/hija ya no tiene asma

_____ Mi hijo/hija tiene asma pero no requiere de un inhalador mientras esté en el programa

_____ Mi hijo/hija tiene asma. Enviaré su medicamento(s)

Enviaré estos medicamentos a la escuela para el programa OCILE:

Nombre del Inhalador: _____ Dosis: _____ Frecuencia: _____

Medicina Oral: _____ Dosis: _____ Frecuencia: _____

Máquina para Pulmón: _____

(Los medicamentos deben tener una etiqueta con el nombre del niño e instrucciones)

Doy permiso para que la enfermera o la persona designada aplique la medicina que arriba se indica.

Firma del Padre/Tutor: _____ Fecha: _____

de Teléfono de Casa: _____ # de Teléfono. de Oficina: _____

Nombre del Médico: _____ # de Teléfono: _____