



**LEVITTOWN PUBLIC SCHOOLS**  
**Levittown Memorial Education Center**  
**150 Abbey Lane**  
**Levittown, New York 11756**



---

Ms. Michele Ortiz, **Director of World Language and ENL**  
Health Services  
516-434-7056

Estimado Padre / Tutor

Debido al aumento en el número de asmáticos en nuestras escuelas, cada Oficina de Salud ahora tiene un nebulizador. Si su hijo usa un nebulizador en casa, ahora puede recibir un tratamiento en la escuela si surge la necesidad.

Se deben cumplir los siguientes criterios para poder utilizar el nebulizador:

- 1) Permiso por escrito del padre/tutor.
- 2) Instrucciones escritas del médico
- 3) Los padres deben proporcionar el medicamento, claramente etiquetado, y el tubo para el nebulizador para su niño. Se mantendrá en la Oficina de Salud en el botiquín cerrado con llave.

Gracias por su cooperación.

Sra. Michele Ortiz

---

**PERMISO DE LOS PADRES PARA EL USO DEL NEBULIZADOR**

Por la presente doy permiso para la administración de \_\_\_\_\_, a través de la escuela  
(nombre del medicamento)  
nebulizador, a mi hijo. Este tratamiento ha sido prescrito por mi médico.

\_\_\_\_\_  
FECHA

\_\_\_\_\_  
FIRMA DEL PADRE/TUTOR

---

**INSTRUCCIONES DEL MÉDICO PARA EL TRATAMIENTO CON NEBULIZADOR**

Nombre del estudiante \_\_\_\_\_ Diagnóstico \_\_\_\_\_

Nombre del Medicamento \_\_\_\_\_ Dosis \_\_\_\_\_

Tiempo de Administración \_\_\_\_\_

Firma del médico \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

Sello del médico