



FORMULARIO V

CERTIFICACIÓN DEL MAESTRO

(Deberá ser completado por el maestro)

Certifico haber recibido orientación sobre Ley Núm. 56 de 1 de febrero de 2006, según enmendada y sobre (marcar con una X lo que aplique):

La autorización del estudiante para administrarse por cuenta propia los medicamentos de asma, así como también copia del Plan de Acción para continuidad de tratamiento médico durante el horario escolar regular y extendido para el estudiante _____.
(nombre del estudiante)

Desautorización del estudiante para administrarse por cuenta propia los medicamentos de asma durante el horario escolar regular y extendido para el estudiante _____ y copia del Plan de Acción para continuidad de tratamiento
(nombre del estudiante)

médico en el hogar para el estudiante.

Nombre del(a) maestro(a) en letra de molde:

Firma del(a) maestro(a):

Fecha (día/mes/año): _____

Nombre del director de escuela o representante autorizado:

(en letra de molde)

Firma del director de escuela o representante autorizado:

Fecha (día/mes/año): ____/_____/_____

Nota: Todo maestro que ofrezca clases al estudiante deberá tener una copia actualizada del Plan de Acción.