



Carr. 639 KM4 HM1, Sabana Hoyos Arecibo, PR 00688 (787) 306-5803

**Cumplimiento con Ley #56 de 1 de febrero de 2006
Ley de Tratamiento de Estudiantes que Padecen Asma**

Yo _____ padre/madre/ y/o tutor
legal del/la estudiante _____ del
grupo _____ quiero informar que mi hijo/a es paciente de
asma. Autorizo a ANDI que le administre sus medicamentos en caso de
un episodio de asma.

Firma padre, madre y/o encargado/a:

Fecha: _____

Firma Representante Autorizado: _____