

**DISTRITO ESCOLAR UNIFICADO DE POMONA  
HEALTH SERVICES & PROGRAMS  
AVISO SOBRE LA ADMINISTRACIÓN DEL INHALADOR**

Estimado padre de familia:

Fecha: \_\_\_\_\_

Hoy: \_\_\_\_\_ utilizó el inhalador de asma a las \_\_\_\_\_ a.m./p.m.

Nombre del alumno(a)

Hora

Para preguntas, favor de llamar a \_\_\_\_\_

---

Enfermera Escolar/Asistente de Salud/Oficinista

**DISTRITO ESCOLAR UNIFICADO DE POMONA  
HEALTH SERVICES & PROGRAMS  
AVISO SOBRE LA ADMINISTRACIÓN DEL INHALADOR**

Estimado padre de familia:

Fecha: \_\_\_\_\_

Hoy: \_\_\_\_\_ utilizó el inhalador de asma a las \_\_\_\_\_ a.m./p.m.

Nombre del alumno(a)

Hora

Para preguntas, favor de llamar a \_\_\_\_\_

---

Enfermera Escolar/Asistente de Salud/Oficinista

SECTION 3