

Distrito Escolar Independiente de McKinney
Plan de Acción para el Asma - (A ser llenado por el médico antes de la firma del padre)



Nombre del estudiante: _____ Fecha de la solicitud: _____

Fecha de nacimiento: _____ Grado: _____ Maestro/a Salón Hogar: _____

De acuerdo con el Plan de Acción para el Asma, el médico debe completar la siguiente información:

Area containing multiple horizontal lines for writing the asthma action plan details.