

• **Medicamentos de Emergencia Del Asma(Autorización del Medica Requerida)**
Emergency Asthma Medication(Physician Authorization Required)

Nombre (Name)	Cantidad (Amount)	Cuando se debe administrar (When to use)
1. _____	_____	_____
2. _____	_____	_____

Plan Diario Para El Mantenimiento Del Asma *Daily Asthma Management Plan*

• **Identificar las cosas que le afectan al asma o empieza el episodio del asma**
Identify asthma triggers(things) that start asthma episode

(Circula todo lo que aplica *Circle all that apply*)

Animales <i>Animals</i>	Carpetas <i>Carpets</i>	Cambio de Temperatura <i>Change in temperature</i>	Polvo <i>Dust</i>	Ejercicio <i>Excercise</i>
----------------------------	----------------------------	---	----------------------	-------------------------------

Comidas(*Foods*): _____ Moho (*Mold*) Polen (*Pollen*)
 Infecciones Respiratoria (*Respiratory Infections*) Olores Fuertes o Humos (*Strong Odors or Fumes*)
 Comentarios (*Comments*): _____

• **Control del Ambiente de la Escuela (*Control of School Enviroment*)**
 (Listar medidas para controlar el ambiente, pre medicamentos, o restricciones de la dieta que necesita el estudiante para prevenir un episodio de asma)(List any enviromental control measures, pre medications, and/or dietary restrictions that the student needs to prevent an asthma episode)

• **Vigilar el Peak Flow (*Peak flow Monitoring*)**
 Mejor (*Personal Best*) Peak Flow: _____
 Zona Verde(Green Zone): _____
 Zona Amarilla (Yellow Zone): _____ (dar medicamentos del asma autorizado por el medico)
 (give asthma medications as authorizad by a physician)
 Zona Roja:(Red Zone): _____ (dar medicamentos de asma y llamar al padre/medico)
 (give asthma medications and call the parent/physician)

• **Plan de Medicamentos Diarios(Medicamentos Preventivos)**
Daily Medication Plan(Preventative Medications)

Nombre/Name	Dosis/Dosage	Hora/Time
1. _____	_____	_____
2. _____	_____	_____

Por favor notar: Se las medicinas deben ser tomadas en la escuela, una forma de Autorización de Medicamentos debe ser completada por el padre/guardián y medico. Medicamentos de Emergencia pueden ser dado por si mismo y guardado por el estudiante si autorizado. Por favor proporcionar el metro de peak flow si se debe vigilar. Please note: If medications are to be taken at school, a Medication Authorization Form must be completed by a parent/guardian and a physician. Emergency medications may be self administered and kept with the student if authorized. Please provide peak flow meter if monitoring is required

Firma del Padre/Guardián: _____ Fecha (Date): _____
Parent/Guardian Signature

Firma De La Enfermera De La Escuela: _____ Fecha de Reviso: _____
School Nurse Signature *Review Date*