

Escuelas Publicas de Owatonna
Plan de cuidados para el Asma
(válido de 9 ° a 12 ° grado)

Informacion del estudiante:

Nombre del estudiante: _____ fecha de nacimiento: _____
Grado: _____ Maestro o Clase: _____
Dia y tiempo de Educacion Fisica: _____

Describe la condicion (por ejemplo los sintomas): _____

Informacion de Emergencia

Nombre de los Padres/Guardian: _____
Madre: Telefono (H): _____ (W) _____
Padre: Telefono (H): _____ (W) _____
Nombre del Medico: _____ **Telefono del Medico:** _____

Un contacto de emergencia:

1. _____ Telefono: _____
2. _____ Telefono: _____
3. _____ Telefono: _____

Medicamentos corrientes (los medicamentos que se administran en la escuela deben ir acompañadas de un formulario de administración de medicamentos)

<u>Nombre</u>	<u>Dosis</u>	<u>horario</u>	<u>Dado en la escuela?</u>
1. _____	_____	_____	_____
2. _____	_____	_____	_____
3. _____	_____	_____	_____

Que provoca el Asma del Nino: _____

Plan de emergencia

Los siguientes son los posibles signos de una emergencia de asma:

- Dificultad para respirar, caminar o hablar
- Coloracion azul o gris de los labios o las unas
- Falta de medicamentos para reducir el empeoramiento de los sintomas

Por favor, hable con su medico sobre los pasos que le gustaria que la Escuela tomara con su hijo en caso de un episodio agudo de Asma. Si a juicio del personal de la Escuela existe una emergencia medica, el personal de la Escuela llamara al 911.

Pasos a seguir en caso de un episodio agudo de Asma:

1. _____
2. _____
3. _____

Firma del Padre/Guardian: _____ Fecha: _____
Revisado por la Oficina de Salud: _____ Fecha: _____