

Nombre de Alumno _____ Fecha de Nacimiento: _____
 Nombre de Padre/Tutor: _____ Número de Teléfono: _____

KAUFMAN ISD
Alivio Rápido y Plan de Emergencia Escolar para Asma

****Se requiere acción inmediata cuando él alumno demuestra cualquiera de las siguientes señales de dificultad para respirar. Siempre atienda los síntomas incluso si no hay un medidor de flujo máximo disponible.**

Tos severa, Dificultad para respirar, Succión en la pared torácica, Disminución o pérdida del conocimiento, Opresión en el pecho, Coloración azul, Respiración superficial y Rápida. Dificultad para hablar, sonido en el pecho al respirar, dificultad para caminar, uñas y labios azules.

Pasos a Tomar Durante un Ataque de Asma:

1. Administrar el Medicamento de Emergencia mencionado a continuación:

Medicamento de Alivio Rápido	Dosis/Frecuencia	Cuando Administrarse
1.		
2.		

2. Comuníquese con los padres si:

3. Llama 9-1-1 para activar EMS si el alumno tiene CUALQUIERA de lo siguiente:

- Labios o uñas están azules o grises
- Al alumno le falta la respiración para caminar, hablar, o comer de manera usual.
- No muestra alivio rápido después de usar medicamento por 15-20 minutos y continúan los síntomas:
 - Pecho y cuello hundidos hacia adentro tratando de respirar
 - Él alumno está encorvado.
 - Él alumno tiene dificultad para respirar

A. DEBE SER COMPLETADO POR UN MÉDICO LICENCIADO POR EL ESTADO DE TEXAS

He instruido al alumno sobre la forma correcta de usar su medicamento. Es mi opinión profesional que a este estudiante se le permita llevar y auto-administrarse el siguiente medicamento de rescate de emergencia mientras se encuentre en la propiedad escolar o funciones escolares.

FIRMA DEL MÉDICO: _____ **Fecha:** _____

Él alumno llevara/guardara medicamento en/
 _____ (Lugar Especifico)

___ El alumno sabe el nombre, dosis correcta, propósito, efectos esperados y secundarios del medicamento.

___ El alumno demuestra el usó correcto/administración del medicamento.

___ El alumno entiende que si le permite a alguien más usar este medicamento, resultara in acción disciplinaria, y el PRIVILEGIO de llevar su medicamento puede ser revocado por violar cualquier parte de este acuerdo.

Firma del Estudiante: _____ **Fecha:** _____

Consentimiento de Padre para el Plan de Control de Asma en la Escuela

Yo, padre o tutor del alumno mencionado, pido que este Plan de Control de Asma Escolar sea usado para ayudar con el cuidado de Asma de mi hijo/a. Acepto:

- Proporcionar los suministros y equipos necesarios para el tratamiento
- Notificar a la enfermera de la escuela de cualquier cambio en la salud del alumno.
- Notificar a la enfermera de la escuela y llenar nuevos formularios de permiso para cualquier cambio según las órdenes del médico del alumno.
- Autorizar a la enfermera para comunicarse con el Proveedor médico del alumno.
- El personal escolar que interactúa directamente con mi hijo/a puede ser informado sobre este plan de asma y necesidad del alumno.

Firma de Padre/Tutor: _____ **Fecha:** _____

Revisado por la Enfermera de la Escuela: _____ **Fecha:** _____

Nombre del Alumno: _____

Fecha de Nacimiento: _____

Nombre de Padre/Tutor: _____

Numero de Teléfono: _____