

DISTRITO ESCOLAR DE READING PLAN DE CUIDADO PARA EL ASMA

Nombre del Estudiante: _____ Grado/ # de Salón _____

Nombre del Padre: _____ # Tel. de casa: _____ Celular: _____

Para uso del médico únicamente

Medicamento de Emergencia para el Asma

1. Medicamento: _____ Dosis: _____ Frecuencia: _____

a. ¿Puedo repetir la dosis de medicamento, si los síntomas no mejoran en 20 minutos?
_____SI _____NO ¿Que tan seguido después de la primera dosis? _____ Minutos

Por favor note que los padres/enfermera escolar serán notificados antes de administrar y de repetir dosis.

2. Medicamento: _____ Dosis: _____ Frecuencia: _____

a. ¿Puedo repetir la dosis de medicamento, si los síntomas no mejoran en 20 minutos?
_____SI _____NO ¿Que tan seguido después de la primera dosis? _____ Minutos

Por favor note que los padres/enfermera escolar serán notificados antes de administrar y de repetir dosis.

Otra Información:

1. Mi opinión profesional es que el estudiante: _____ tiene permitido _____ **NO** tiene Permitido cargar consigo y usar el medicamento mencionado anteriormente.

2. Escriba el nombre de medicamentos adicionales para el asma: _____

3. Escriba cualquier cosa que provoca o causa asma: _____

4. El estudiante usa una escala nivel de fluido y la información esta adjunta : _____

Firma del Médico: _____ Fecha: _____

Pasos necesarios durante un episodio de asma:

- Remueva al estudiante de cualquier cosa que provoca o causa asma, arriba mencionado.
- **NO** deje al estudiante solo.
- Siente al estudiante cómodamente reclinándose hacia delante, **NO** insista en que se acueste.
- Revise la escala nivel de fluido (si esta disponible)
- Provea un tratamiento con medicamento de emergencia inicial para el asma y permita tiempo para descansar. El niño sentirá alivio usualmente de 5-10 minutos después de usar el inhalador.
- Revise si los síntomas han mejorado (o incremente la escala nivel de fluido)
- Contacte a los padres/encargados para mantenerlos al tanto de los episodios de asma y la efectividad del tratamiento.
- Si los síntomas **NO** mejoran después del tratamiento inicial con el medicamento, la situación puede llegar a ser de emergencia. Llame al **9-1-1 si las condiciones empeoran.**

Permiso de los padres/encargados

He leído y estoy de acuerdo con el plan de cuidado del asma para mi hijo, arriba mencionado.

Firma del Padre Encargado

Fecha

Mi hijo puede cargar consigo y usar su inhalador con medicamento para el asma: _____ Si _____ No

Para uso de la escuela únicamente:

La auto evaluación del medicamento se llevó acabo el día: _____

Fecha

En este momento, el estudiante tiene **aprobado/ no tiene aprobado** cargar consigo su inhalador.

Nombre de la Enfermera Escolar

Fecha