

PLAN DE ACCIÓN EN CASO DE ASMA PARA LAS ESCUELAS EN NUEVO MÉXICO

Fecha _____


Distrito escolar _____

Nombre de la escuela _____

Enfermera/Ayudante de salud _____

de teléfono/FAX de la escuela _____

PADRE DE FAMILIA/GUARDIAN: por favor complete la información y firme siguientes formas abajo:

Nombre del estudiante	Fecha de nacimiento	# del estudiante	La fecha de la última visita de estudiante al médico: _____/_____/_____ 
*Nombre/Título de la persona que da ayuda médica	*# de teléfono / FAX de esta persona		
Padre de familia/Guardián	#s de teléfono de esta persona		
Contacto de emergencia	#s de teléfono de esta persona		

VERDE: ¡ADELANTE!
Use la medicina de CONTROL diariamente

AMARILLO: ¡CAUTELA!
Añada la medicina de rescate

ROJO: ¡EMERGENCIA!
¡Consiga ayuda médica YA!

Substancias que causan el asma: (Que la empeoran) <input type="checkbox"/> Ejercicio <input type="checkbox"/> Resfriados <input type="checkbox"/> Humo (de tabaco, de incendios, de incienso) <input type="checkbox"/> Polvo <input type="checkbox"/> Olores fuertes <input type="checkbox"/> Moho/humedad <input type="checkbox"/> Estrés/emocione <input type="checkbox"/> Insectos (ratones, cucaracha) <input type="checkbox"/> Reflujo gastroesofágico <input type="checkbox"/> Estación: otoño, invierno, primavera, verano <input type="checkbox"/> Polen <input type="checkbox"/> Animales _____ Otros (alergias del alimento) _____	Lugar donde se guarda el inhalador <input type="checkbox"/> con el estudiante <input type="checkbox"/> En el salón <input type="checkbox"/> En la oficina de salud <input type="checkbox"/> En otro lugar _____	Fecha de la última vacuna de la gripe _____/_____/_____	Alergias a medicinas: _____
---	---	---	------------------------------------

Proveedor de asistencia médica: Por favor complete el Nivel de Severidad, Información de Zona y Orden Médica abajo

Severidad del Asma: Intermitente o Persistente: Leve Moderada Severa

Zona verde: ¡Adelante! Tome la medicina de control TODOS LOS DÍAS

Usted tiene **TODOS** estos síntomas:

- Respira fácilmente
- No está tosiendo ni tiene sibilancia en el pecho
- Puede trabajar y jugar
- No tiene síntomas en la noche

Flujo del aire óptimo (opcional):
Mayor de \geq _____
(Más del 80% del flujo del aire personal)

Flujo del aire personal: _____

No necesita medicina de control recetada.

_____, _____ (aspiraciones) con cámara de inhalación _____ veces al día
Corticoesteroide inhalado o con medicinas agonistas β a largo plazo

_____, _____ tratamientos con nebulizador _____ veces al día
Corticoesteroide inhalado

_____, tomado _____ oralmente una vez al día al acostarse
Antagonista de leucotrienos

Para hacer ejercicio cuando se tiene asma, AÑADA:
 _____, _____ aspiraciones con una cámara de inhalación 5 - 15 minutos antes del ejercicio

Para alergias nasales/ambientales, AÑADA:

Zona amarilla: ¡Precaución! Continúe la medicina de CONTROL y AÑADA las medicinas de RESCATE-

Usted tiene **CUALQUIERA** de estos síntomas:

- Tos o un leve silbido
- El pecho se siente oprimido
- Siente los primeros síntomas de un resfriado
- Tiene problemas para dormir, jugar o trabajar

Flujo del aire óptimo (opcional):
_____ a _____
(50% - 80% del flujo del aire personal)

¡NO DEJE SOLO AL ESTUDIANTE! Llame al padre/guardián cuando le dé la medicina de rescate.

_____, _____ (aspiraciones) MDI con cámara de inhalación _____ veces al día
Agonistas inhalados β de acción rápida

_____, _____ tratamientos con nebulizador _____ veces al día tal como sea necesario
Agonistas inhalados β de acción rápida

Otros _____

¡Llame al MÉDICO si usted tiene estos síntomas más de dos veces a la semana, o si su medicina de rescate no trabaja! Si los síntomas NO se mejoran O el flujo del aire personal NO se mejora, vaya a la ZONA ROJA.

Zona roja: ¡EMERGENCIA! Continúe las medicinas de CONTROL, AÑADA las medicinas de RESCATE y CONSIGA AYUDA!

Usted tiene **CUALQUIERA** de estos síntomas:

- No puede hablar, comer o caminar bien
- La medicina no le está ayudando o
- Se siente peor, no mejor
- Está respirando duro y rápido
- Tiene los labios y las uñas azules

Flujo del aire óptimo (opcional):
Menos del \leq _____
(Menos del 50% del flujo del aire personal)

¡NO DEJE SOLO AL ESTUDIANTE! → Llame a Emergencias 911 y empiece el tratamiento

_____, _____ (aspiraciones) (MDI con cámara de inhalación y cada 20 minutos hasta que lleguen los paramédicos, O

_____, _____ tratamientos con nebulizador cada 20 minutos hasta que los paramédicos lleguen

Llame al 911 inmediatamente y empiece el tratamiento y llame al padre o guardián

Si están disponibles oxígeno y oxímetro de pulso:

Si la saturación de O₂ es \leq _____ administre oxígeno a _____ litro/min. cada _____ minutos

ORDENES MÉDICAS Y CONSENTIMIENTO PARA DAR LAS MEDICINAS EN LA ESCUELA (Marque todo lo que aplique) _____ El estudiante ha recibido instrucciones en el uso apropiado de sus medicinas para el asma y puede administrarse solo SU INHALADOR EN LA ESCUELA _____ El estudiante debe de avisar al personal de salud designado después de usar su inhalador en la escuela _____ El estudiante necesita supervisión o ayuda cuando usa el inhalador _____ El estudiante no puede llevar su inhalador mientras está en la escuela *FIRMA/ TÍTULO _____ Fecha _____	Padre/Guardián: Yo apruebo este plan de acción para el asma, y doy mi consentimiento para que la enfermera escolar o el personal escolar entrenado para ello sigan este plan, le den las medicinas a mi niño y se pongan en contacto con mi doctor, si es necesario. Yo asumo la responsabilidad plena de dar a la escuela las medicinas recetadas y los aparatos pertinentes para dar el tratamiento y la vigilancia del asma. Yo autorizo a la escuela para que compartan esta información con el personal de la escuela que necesite saberla, y le doy permiso a mi niño para que participe en cualquier oportunidad educativa para aprender sobre el asma en la escuela. FIRMA: _____ FECHA _____ ENFERMERA ESCOLAR: _____ FECHA _____
--	--