

Plan de Acción para el Asma

Por favor, complete ambas caras de este formulario y devuélvanlo a la escuela.

Estimados Padres/Tutores,

Usted y el médico de su hijo/a necesitan completar el formulario de abajo y devolverlo a la oficina de salud de la escuela. Esto nos permitirá brindar una atención adecuada a sus hijos en caso de que tengan un “ataque de asma” en la escuela. Si no tenemos este formulario completo, usaremos la información proporcionada en el formulario de matriculación de sus hijos. Para la seguridad de su hijo/a, preferimos este plan individualizado proveniente de Uds. y sus doctores. Le agradecemos por ayudarnos a proveer una atención de calidad para sus hijos.

Plan de Acción para el Asma (incluye Autorización para Medicinas para el Asma en la escuela)

Nombre/Alumno/a: _____ Edad: _____ Nació: ____ / ____ / ____ Grado: ____ Año Escolar: 20__/20__
 Escuela/Nombre _____ Director(a) _____ Maestro(a) _____ Salón/Nº _____

The following is to be completed by the HEALTHCARE PROVIDER:

A. QUICK-RELIEF (Rescue) Medications e.g. albuterol: Meds to give for Peak Flow <80% or other symptoms)

| Med Name | MDI, oral, neb? | Dosage or No. of Puffs |
|----------|-----------------|------------------------|
| 1. _____ | _____ | _____ |
| 2. _____ | _____ | _____ |

B. ROUTINE (Controller) Medications (whether given at school or at home):

| Med Name | MDI, oral, neb? | Dosage or No. of Puffs | Time of Day |
|----------|-----------------|------------------------|-------------|
| 1. _____ | _____ | _____ | _____ |
| 2. _____ | _____ | _____ | _____ |

C. Medications BEFORE PE Exertion:

| Med Name | MDI, oral, neb? | Dosage or No. of Puffs |
|----------|-----------------|------------------------|
| 1. _____ | _____ | _____ |
| 2. _____ | _____ | _____ |

Peak Flow: Write patient’s personal best peak flow reading under the 100% box (below): Then multiply by .8 and .5 respectively to define the Green, Yellow and Red Zones:

| 100% | Green Zone | 80% | Yellow Zone <i>Take Rescue Meds</i> | 50% | Red Zone <i>Take Rescue Meds and begin Emergency Plan</i> |
|------|------------|-----|--|-----|--|
| | | | | | |

Check the items that start an asthma attack with this student:

- | | | |
|---|----------------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> Exercise | <input type="checkbox"/> Animals | <input type="checkbox"/> Respiratory infections/Allergens |
| <input type="checkbox"/> Changes in temperature | <input type="checkbox"/> Carpet | <input type="checkbox"/> Food (what kind) _____ |
| <input type="checkbox"/> Strong odors/fumes | <input type="checkbox"/> Pollen | <input type="checkbox"/> Other _____ |

Emergency Plan at School: School staff will give rescue medication, contact parent/guardian and/or seek emergency care (dial 911) if the student has any of the following:

- | | |
|--|--|
| <ul style="list-style-type: none"> No improvement 15-20 minutes AFTER initial treatment with rescue medication Breathing: chest/neck muscle retract, hunched, blue color | <ul style="list-style-type: none"> Peak flow is <50% of usual best Trouble walking, talking, or stops playing |
|--|--|

Healthcare Provider: _____ Signature: _____ Date: ____ / ____ / ____
PRINT

Office Address: _____ Office Telephone #: () _____

Lo siguiente lo debe completar el PADRE, MADRE O TUTOR(A) solicitando medicina en la escuela:

- Un adulto debe entregar la medicina y este formulario completo a la escuela.
- Debe renovarse este formulario anualmente o antes si el doctor ha estipulado una fecha límite de vencimiento en la receta.

Solicito que la enfermera de la escuela, empleado de salud u otro personal designado administre los medicamentos como lo indique el proveedor de salud. (arriba). Autorizo al profesional escolar encargado de la salud a comunicarse con los médicos que hacen la receta, y si hay preguntas sobre el control del asma en la escuela. Acepto librar de responsabilidad al distrito, sus oficiales, empleados y agentes de cualquiera/toda responsabilidad legal, demandas o reclamos por daño personal, físico, sostenido o que se afirma que se ha sostenido, como resultado del suministro de la medicina, de acuerdo con este pedido.

Firma/Padre, Madre/Tutor(a) _____ Fecha: ____ / ____ / ____ Teléfono/Número: () _____

Número de Teléfono de Emergencia () _____ Nombre del Contacto _____
 () _____ Nombre del Contacto _____