

NEW MEXICO ASTHMA ACTION PLAN FOR SCHOOLS (Spanish)

Date _____

School District _____

School Name _____

School Nurse / Health Assistant # _____ / _____

School Phone# / FAX # _____ / _____

PADRES/MADRE/TUTOR(A) LEGAL: Por favor complete la información en las secciones superiores y firme el consentimiento en la parte inferior de la página.

Nombre del Estudiante	Fec. de Nac.	# del Estudiante	Fecha del último examen médico: ____/____/____	El Inhalador está: <input type="checkbox"/> con el estudiante <input type="checkbox"/> en la Oficina de Salud <input type="checkbox"/> En el Salón de Clases <input type="checkbox"/> Otro: _____
*Proveedor de Cuidado de Salud Nombre/Título	# Telefónico/Fax de la Oficina del Proveedor			
Padre/Madre/Tutor(a) Legal	#s Telefónicos de los Padres		Fecha de última vacuna para la gripe/influenza ____/____/____	El Inhalador se vence el: ____/____/____
Contacto de Emergencia	#s Telefónicos de Contacto			
Alergias a Medicamentos:				

Cosas Identificadas que te Provocan Asma (Cosas que empeoran tu asma): Ejercicio Catarro Humo (tabaco, incendio, incienso)
 Polen Polvo Olores Fuertes Moho/humedad Estrés Plagas (roedor, cucarachas) Reflujo Gastroesofágico
 Estacional: Otoño, Invier., Primav., Verano Animales Otros (alergia a alimentos): _____

HEALTH CARE PROVIDER: Please complete Severity Level, Zone Information and Medical Order Below

Asthma Severity: Intermittent or Persistent: Mild Moderate Severe

HEALTHY (Green Zone): You're Doing Well - Take Control Medications EVERYDAY to Prevent Symptoms

You have **ALL** of these:

- Breathing is good
- No cough or wheeze
- Can work and play
- Sleep through the night
- Inhalers work better with spacers*
- Always use a mask when prescribed*

No controller medication is prescribed.

_____, _____ puff(s) MDI _____ times a day

_____, _____ nebulizer treatment(s) _____ times a day

If exercise triggers your asthma, take:

_____, _____ puff(s) MDI _____ minutes before exercise every _____ hours PR

CAUTION (Yellow Zone): Slow Down! Continue Green Zone Medicine and ADD:

You have **ANY** of these:

- First signs of a cold
- Cough or mild wheeze
- Exposure to known trigger
- Tight Chest
- Coughing at night

DO NOT LEAVE STUDENT ALONE! Call Parent/Guardian when rescue medication is given.

_____, _____ puff(s) every _____ minutes / hours PRN (circle)

OR

_____, _____ nebulizer treatment(s) & every _____ minutes / hours PRN (circle)

If you are getting worse or not improving after treatment(s) GO TO RED ZONE

EMERGENCY (Red Zone): TAKE THESE MEDICINES NOW AND GET MEDICAL HELP NOW

Your asthma is getting worse fast:

- Cannot talk, eat, or walk well
- Medicine is not helping
- Getting worse, not better
- Breathing hard & fast
- Getting nervous

DO NOT LEAVE STUDENT ALONE! Call 911 and start treatment then call Parent/Guardian.

Administer: _____, _____ puff(s) every _____ minutes until EMS arrives

For schools that stock Oxygen: (Only use Oxygen if Pulse Oximeter available)
Give O2 to keep sat. above 92% unless otherwise contraindicated. Check sat. continually until EMS arrives.

HEALTH CARE PROVIDER ORDER AND SCHOOL MEDICATION CONSENT

Check all that apply:

____ Student has been instructed in the proper use of his/her asthma medications and **IS ABLE TO CARRY AND SELF-ADMINISTER his/her INHALER AT SCHOOL.**

____ Student is to notify school health personnel after using inhaler at school.

____ Student needs supervision or assistance when using inhaler.

____ Student is unable to carry his/her inhaler while at school.

*SIGNATURE/TITLE: _____ DATE: _____

Padre/Madre/Tutor(a) Legal:

Apruebo este plan de acción para el asma. Doy mi permiso para que la enfermera de la escuela y el personal capacitado de la escuela sigan este plan, administren los medicamentos, y se comuniquen con mi proveedor, si es necesario, y compartan este plan con el SBHC, si así corresponde. Asumo la plena responsabilidad de proporcionar a la escuela los medicamentos recetados y la entrega de dispositivos de monitoreo. Doy mi permiso para que la escuela comparta la información anterior con el personal de la escuela que necesita saber y doy permiso para que mi hijo(a) participe en cualquier oportunidad de aprendizaje educativo sobre el asma en la escuela.

FIRMA: _____ FECHA: _____

SCHOOL NURSE: _____ DATE: _____

Plan de Acción Contra el Asma Para Estudiantes de Escuela – Instrucciones para los Padres

El Plan de Acción contra el Asma para las escuelas de Nuevo México está diseñado para ayudar a todos a entender los pasos necesarios para que cada estudiante logre el objetivo de controlar el asma.

1. **Padres / tutores legales:** *antes de enviar este formulario a su proveedor de atención médica*, completen la sección superior con:

- Nombre del niño/la niña
- Nombre y número de teléfono del doctor del niño/la niña
- Nombre del padre/madre/tutor(a) legal
- Fecha de nacimiento del niño/la niña
- Nombre y el número telefónico de una persona de contacto de emergencia

2. **Su proveedor de atención médica** completará las siguientes áreas:

- El nivel de severidad del asma del asma de su hijo(a)
- La fecha de vigencia de este plan
- La información del medicamento y la dosis para las secciones de Saludable, Precaución y Emergencia

3. **Los padres/tutores legales y proveedores de atención médica juntos** discutirán y luego completarán y firmarán las siguientes áreas:

- Cosas que le provocan asma al niño/a la niña cerca de la parte superior del formulario
- La orden del proveedor de atención médica y la sección de consentimiento para administrar medicamentos en la parte inferior del formulario: discuta la capacidad de su hijo(a) de auto-administrarse los medicamentos inhalados, marque la casilla correspondiente y luego usted y su Proveedor de Atención Médica deberán firmar y fechar el formulario.

4. **Padres/Tutores Legales:** *después de completar el formulario con su Proveedor de Atención Médica:*

- Haga copias del Plan de Acción Contra el Asma y entregue el original firmado a la enfermera de la escuela de su hijo(a) o al proveedor de cuidado infantil.
- Mantenga una copia fácilmente disponible en casa para ayudar a controlar el asma de su hijo(a)
- Entregue copias del Plan de Acción Contra el Asma a todas las personas que le brindan atención a su hijo(a), por ejemplo: niñeras, personal del programa de antes/después de clases, entrenadores, líderes de scouts/exploradores
- Llame al médico de su hijo(a) para cuestiones de control o si el medicamento de rescate se usa más de 2 veces por semana para combatir los síntomas del asma

Para el asma o cualquier condición médica, busque el consejo médico de su proveedor de atención médica o del proveedor de atención médica de su hijo(a).

LLENE LA SIGUIENTE SECCIÓN SI SU PROVEEDOR DE ATENCIÓN MÉDICA MARCÓ EL PERMISO PARA QUE SU HIJO(A) SE AUTO-ADMINISTRE EL MEDICAMENTO CONTRA EL ASMA, EN LA PARTE DE ENFRENTA DE ESTE FORMULARIO.

LAS RECOMENDACIONES TIENE VIGENCIA SOLAMENTE POR UN (1) AÑO ESCOLAR Y DEBERÁN SER REVISADAS ANUALMENTE.

- SOLICITO** que se le PERMITA a mi hijo(a) portar el siguiente medicamento_ para auto-administrarlo en la escuela, en cumplimiento con NMAC 6.12.2.9. Doy permiso para que mi hijo(a) se auto-administre el medicamento, de la forma recetada en este Plan de Acción contra el Asma para Escuelas de Nuevo México para el año escolar en curso, ya que considero que él/ella es responsable y capaz de transportar, almacenar y auto-administrarse el medicamento. El medicamento tendrá que mantenerse en el recipiente original en el que fue recetado. Estoy consciente de que el distrito escolar, los agentes y sus empleados, no incurrirán en ninguna responsabilidad como resultado de cualquier condición o lesión que surja de la auto-administración por parte de mi hijo(a) del medicamento recetado en este formulario. Indemnizo y eximo de responsabilidad al Distrito Escolar, a sus agentes y empleados contra cualquier reclamo que surja a causa de la auto-administración o falta de administración de este medicamento por parte de mi hijo(a).

Firma (Padre/Madre/Tutor(a))

Teléf.

Fecha