

Asthma Action Plan

School Year: _____

Student's Name: _____ DOB: _____ Grade: _____

Teacher(s): _____

List all of the student's teachers

Parent/Guardian: _____ Phone: _____

Parent/Guardian: _____ Phone: _____

Physician Treating Student for Asthma: _____ Phone: _____

Main Triggers for Asthma: _____

Administer asthma medication if:

1. Cough
2. Wheezing
3. Chest tightness/pain
4. Shortness of breath
5. Student expresses he/she is having difficulty breathing

Take Action:

1. Check peak flow (if applicable)
2. Give medications as listed below. Student should respond to treatment in 15-20 min.

Medication Name	Dose	Frequency

3. Contact parent/guardian if student does not respond to medication or if emergency care is needed.
4. **Seek Emergency medical care if the student has any of the following:**

Coughs constantly

Hard time breathing with:

-chest and neck pulled in with breathing

-stooped body posture

-struggling or gasping

Trouble walking or talking or Stops playing and can't start activity again

Lips or fingernails are grey or blue or

Worsening of symptoms after initial treatment w rescue medication and parent/emergency contact cannot be reached.

Physician Signature

Date

I, the above signed physician, certify that the above named student is capable of carrying and self-administering the above quick-relief asthma medication YES NO

Parent Signature

Date

My signature indicates that I request MISD staff to administer the above medication to my child and I am giving permission for MISD staff to contact the physician for additional information, if needed.

School Nurse Signature

Date

Reviewed and accepted as IHP for current school year only



CHECK HERE to give permission for student to go outside on Orange Ozone Days (Elementary Students ONLY)

Plan de acción contra el asma

Año escolar: _____

Nombre del estudiante: _____ Fecha de nacimiento: _____ Nivel de grado: _____

Maestro(s): _____

Lista de todos los maestros del estudiante

Padre o tutor: _____ Número de teléfono: _____

Padre o tutor: _____ Número de teléfono: _____

Nombre del médico que trata el estudiante para el asma: _____

Principales desencadenantes del asma: _____

Administre medicamentos para el asma si:

1. Tos
2. Jadear
3. Opresión/dolor en el pecho
4. Dificultad para respirar
5. El estudiante expresa que tiene dificultad para respirar

Take Action:

1. Compruebe el flujo máximo (si corresponde)
2. Administre los medicamentos que se enumeran a continuación. El estudiante debe responder al tratamiento en 15-20 min.

Nombre del medicamento	Dosis	Frecuencia

3. Comuníquese con el padre/tutor si el estudiante no responde al medicamento o si necesita atención de emergencia.
4. **Busque atención médica de emergencia si el estudiante tiene alguno de los siguientes:**

Tos constante

Dificultad para respirar con:

-Pecho y cuello contraídos con la respiración

- postura corporal encorvada

- lucha

Tiene problemas para caminar o hablar o deja de jugar y no puede volver a iniciar la actividad

Tiene los labios o las uñas gris o azul o

Empeoramiento de los síntomas después del tratamiento inicial con medicación de rescate

y no se puede contactar a los padres/contacto de emergencia.

Firma del médico

Fecha

Yo, el médico que firma arriba, certifico que el estudiante mencionado arriba es capaz de llevar y

administrar el medicamento para el asma de alivio rápido anterior Sí No

Firma del padre

Fecha

Con mi firma aquí indico que solicito que personal de MISD suministre el medicamento arriba mencionado a mi hijo y doy mi permiso para que MISD hable con el médico para más información, si es necesario.

Firma de la enfermera de la escuela

Fecha

Revisado y aceptado como IHP solo para el año escolar actual



MARQUE AQUÍ para dar permiso al estudiante para salir en los Días de Ozono Naranja (SOLO para estudiantes de primaria).