

Plan de acción contra el asma en Massachusetts

Nombre:		Fecha:
Fecha de nacimiento:	Nombre del médico o enfermera:	N° de teléfono del médico o enfermera:
Objetivo del paciente:	Nombre y n° de teléfono del padre o guardián:	
¡Importante! Evita las actividades que empeoran el asma:		

Los colores del semáforo te ayudarán a usar los medicamentos contra el asma.



VERDE significa ¡Adelante! Toma el medicamento de control.

AMARILLO significa ¡Precaución! Agrega un medicamento de alivio rápido.

ROJO significa ¡Peligro! Consulta a un médico.

Mejor flujo máximo personal: _____

ADELANTE: ¡Te sientes bien!	Toma estos medicamentos de control diario:														
Tienes <i>todo</i> esto: <ul style="list-style-type: none"> • Respiración normal • No hay tos ni jadeos • Duermes toda la noche • Puedes ir a la escuela y jugar 	Flujo máximo desde <input style="width: 100%; height: 20px;" type="text"/>	hasta <input style="width: 100%; height: 20px;" type="text"/>	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="background-color: #4CAF50; color: white;">MEDICINA/VÍA</th> <th style="background-color: #4CAF50; color: white;">DOSIS</th> <th style="background-color: #4CAF50; color: white;">FRECUENCIA O CUÁNDO</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td></tr> </tbody> </table>	MEDICINA/VÍA	DOSIS	FRECUENCIA O CUÁNDO									
MEDICINA/VÍA	DOSIS	FRECUENCIA O CUÁNDO													

PRECAUCIÓN: ¡Cálmate!	Continúa con el medicamento de la zona verde y agrega:														
Tienes <i>cualquiera</i> de estos síntomas: <ul style="list-style-type: none"> • Primeros signos de un resfriado • Tos • Jadeos suaves • Presión en el pecho • Tos, jadeos o dificultad para respirar durante la noche 	Flujo máximo desde <input style="width: 100%; height: 20px;" type="text"/>	hasta <input style="width: 100%; height: 20px;" type="text"/>	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="background-color: #FFEB3B;">MEDICINA/VÍA</th> <th style="background-color: #FFEB3B;">DOSIS</th> <th style="background-color: #FFEB3B;">FRECUENCIA O CUÁNDO</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td></tr> </tbody> </table>	MEDICINA/VÍA	DOSIS	FRECUENCIA O CUÁNDO									
MEDICINA/VÍA	DOSIS	FRECUENCIA O CUÁNDO													

LLAMA A TU MÉDICO O ENFERMERA: _____

PELIGRO — ¡Pide ayuda!	Toma estos medicamentos y llama de inmediato al médico.														
El asma empeora rápidamente: <ul style="list-style-type: none"> • El medicamento no te ayuda • Las respiraciones difíciles y agitadas • Los orificios de la nariz se abren • Se te notan las costillas • No puedes hablar bien 	Flujo máximo desde <input style="width: 100%; height: 20px;" type="text"/>	hasta <input style="width: 100%; height: 20px;" type="text"/>	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="background-color: #C0392B; color: white;">MEDICINA/VÍA</th> <th style="background-color: #C0392B; color: white;">DOSIS</th> <th style="background-color: #C0392B; color: white;">FRECUENCIA O CUÁNDO</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td></tr> </tbody> </table>	MEDICINA/VÍA	DOSIS	FRECUENCIA O CUÁNDO									
MEDICINA/VÍA	DOSIS	FRECUENCIA O CUÁNDO													

¡OBTÉN AYUDA MÉDICA DE INMEDIATO! No tengas miedo de causar un alboroto. Tu médico querrá verte inmediatamente. ¡ES importante! Si no puedes localizar a tu médico, ve a una sala de urgencias y lleva este formulario. NO ESPERES.

Solicita una cita con tu médico o enfermera en los dos días siguientes a una visita a sala de urgencias o una hospitalización.

Firma del médico, enfermera practicante o asistente médico _____ FECHA _____

Autorizo al enfermero de la escuela, médico, enfermera practicante o asistente médico de mi hijo y a _____ a divulgar información sobre el asma de mi hijo.

Firma del padre o guardián _____ FECHA _____

— SEE BACK OF SCHOOL COPY FOR STUDENT MEDICATION ADMINISTRATION AUTHORIZATION —

— IMPORTANT INSTRUCTIONS: SEPARATE THIS PAGE BEFORE WRITING —

Consentimiento para la administración de medicamentos en la escuela:

(Consent for administration of medication in school:)

Doy mi consentimiento para que la enfermera o el personal de la escuela designado por la enfermera administre los medicamentos tal como se prescribe en el reverso de esta página.

Firma del padre o guardián _____ FECHA _____
Parent/Guardian Signature

Autorización para que el alumno se administre medicamentos en la escuela:

(Authorization for student self-administration of medication in school:)

Le he enseñado a este alumno el uso adecuado de sus medicamentos. Los medicamentos administrados deben cumplir las políticas de la escuela y debe elaborarse un plan de administración de medicamentos con la enfermera de la escuela, de acuerdo con los reglamentos del estado de Massachusetts que rigen la administración de medicamentos recetados en escuelas públicas y privadas (105 CMR 210.000), los cuales se reproducen a continuación. En el Departamento de Salud Pública del estado de Massachusetts (Massachusetts Department of Public Health), situado en 250 Washington Street, Boston, MA 02118, pueden obtenerse copias traducidas de los reglamentos. Es mi opinión profesional que este alumno puede administrarse los medicamentos y puede otorgársele un permiso para llevar y utilizar sus medicamentos por cuenta propia.

COMENTARIOS E INSTRUCCIONES ESPECIALES:

(Comments/special instructions:)

FIRMAS (Signatures)

FECHA

Médico o enfermera del alumno _____
Student's Doctor/Nurse

Padre o guardián _____
Parent/Guardian

Plan de administración de medicamentos elaborado _____
Medication administration plan completed

Aprobación de la enfermera de la escuela _____
School nurse's approval

Listed below are regulations governing the self-administration of prescription medication 105 CMR 210.006

- (A) Consistent with school policy, students may self-administer prescription medication provided that certain conditions are met. For the purposes of 105 CMR 210.000, "self-administration" shall mean that the student is able to consume or apply prescription medication in the manner directed by the licensed prescriber, without additional assistance or direction.
- (B) The school nurse may permit self-medication of prescription medication by a student provided that the following requirements are met:
 - (1) the student, school nurse and parent/guardian, where appropriate, enter into an agreement which specifies the conditions under which prescription medication may be self-administered;
 - (2) the school nurse, as appropriate, develops a medication administration plan (105 CMR 210.005 (E)) which contains only those elements necessary to ensure safe self-administration of prescription medication;
 - (3) the school nurse evaluates the student's health status and abilities and deems self-administration safe and appropriate. As necessary, the school nurse shall observe initial self-administration of prescription medication;
 - (4) the school nurse is reasonably assured that the student is able to identify the appropriate prescription medication, knows the frequency and time of day for which the prescription medication is ordered, and follows the school self-administration protocols;
 - (5) there is written authorization from the student's parent or guardian that the student may self-medicate, unless the student has consented to treatment under M.G.L. c. 112, § 12F or other authority permitting the student to consent to medical treatment without parental permission;
 - (6) if requested by the school nurse, the licensed prescriber provides a written order for self-administration;
 - (7) the student follows a procedure for documentation of self-administration of prescription medication;
 - (8) the school nurse establishes a policy for the safe storage of self-administered prescription medication and, as necessary, consults with teachers, the student and parent/guardian, if appropriate, to determine a safe place for storing the prescription medication for the individual student, while providing for accessibility if the student's health needs require it. This information shall be included in the medication administration plan. In the case of an inhaler or other preventive or emergency medication, whenever possible, a backup supply of the prescription medication shall be kept in the health room or a second readily available location;
 - (9) the school nurse develops and implements a plan to monitor the student's self-administration, based on the student's abilities and health status. Monitoring may include teaching the student the correct way of taking the prescription medication, reminding the student to take the prescription medication, visual observation to ensure compliance, recording that the prescription medication was taken, and notifying the parent, guardian or licensed prescriber of any side effects, variation from the plan, or the student's refusal or failure to take the prescription medication;
 - (10) with parental/guardian and student permission, as appropriate, the school nurse may inform appropriate teachers and administrators that the student is self-administering a prescription medication.