

Plan de Tratamiento del Asma - Para Estudiantes

Instrucciones para Padres/Representantes



El Plan para el Tratamiento del Asma de la Coalición contra el Asma Pediátrica y Adulta de Nueva Jersey fue diseñado para ayudar a entender los pasos necesarios que cada paciente debe seguir para alcanzar el control de su asma.

- Pacientes/Padres/Representantes:** *Complete la parte izquierda del comienzo del formulario antes de dársela a su Proveedor del Cuidado de su Salud con:*
 - Nombre del paciente
 - Nombre del padre/representante y número de teléfono
 - Nombre y teléfono del doctor del paciente
 - Fecha de nacimiento del paciente
 - Nombre y teléfono del contacto de emergencia del paciente
- Su Proveedor del Cuidado de Salud:**

Completa las siguientes partes:

 - La fecha en que el plan fue puesto en efecto
 - La información de la medicina para las secciones Saludable, Precaución y Emergencia
 - Su Proveedor del Cuidado de Salud marcará el casillero al lado del medicamento e indicará qué cantidad y cuántas veces debe tomar el medicamento
 - Su Proveedor del Cuidado de su Salud puede que indique **“OTRO”** y:
 - ❖ **Escribe en el formulario medicamentos de asma que no aparecen en el formulario**
 - ❖ **Escribe en el formulario medicamentos adicionales que controlaran su asma**
 - ❖ **Escribe en el formulario medicamentos genéricos en lugar de medicamentos de marcas reconocidas**
 - Juntos, usted y su Proveedor del Cuidado de Salud decidirán que tratamientos usted o su niño deberán seguir para mejorar su asma
- Pacientes/Padres/Representantes y Proveedores del Cuidado de Salud:**

Discutan antes de completar las siguientes partes del formulario:

 - Los niveles del medidor de flujo en las secciones de: Saludable, Precaución y Emergencia, en la parte izquierda del formulario
 - Los provocadores del asma del paciente en la parte derecha del formulario
 - La parte de abajo del formulario es **Solamente Para Menores**: Discuta la habilidad de su niño de utilizar, sin ninguna ayuda, medicamentos inhaladores. Usted y el Proveedor de Salud de su niño deberán marcar, firmar y fechar en la parte apropiada del formulario
- Padres/Representantes:** *Después de completar el formulario con su Proveedor del Cuidado de la Salud:*
 - Sáquele copias al Plan para el Tratamiento del Asma de su niño y déle la copia original y firmada a la enfermera de la escuela de su niño o al proveedor del cuidado de su niño
 - Mantenga una copia disponible en su casa para poder manejar con facilidad el asma del niño
 - Déle una copia del Plan para el Tratamiento del Asmas a todas aquellas personas que le proporcionan cuidado a su niño: niñeras, personal de cuidado del niño antes o después de la escuela, entrenadores y líderes de scout

AUTORIZACION DEL PADRE/REPRESENTANTE

Yo, por medio de la presente, autorizo que mi niño reciba su medicamento en la escuela, como fue prescrito en el Plan de Tratamiento para el Asma. El medicamento mantenerse y ser aplicado en su contenido original, como fue prescrito, y debe llevar la etiqueta original, marcada por el farmacéutico o médico. También yo doy permiso para que la información médica de mi niño este a la disposición y pueda ser intercambiada entre la enfermera de la escuela y el proveedor de la salud de mi niño. Además, yo entiendo que esta información médica será compartida y estará a la disposición del personal de la escuela cuando la necesite.

Firma del Padre/Representante

Teléfono

Fecha

LLENE ESTA SECCION DE ABAJO SOLO SI SU PROVEEDOR DE SALUD INDICO, EN LA PARTE DE ENFRENTA DE ESTA FORMA, QUE SU NIÑO TIENE PERMISO PARA ADMINISTRARSE SU MEDICAMENTO DEL ASMA.

ESTAS RECOMENDACIONES SON EFECTIVAS POR (1) AÑO ESCOLAR Y DEBRAN SER ACTUALIZADAS ANUALMENTE

- Yo solicito que se le PERMITA a mi niño llevar el siguiente medicamento _____ para su administración personal en la escuela y de acuerdo con la ley de Nueva Jersey N.J.A.C.:6A:16-2.3. (siglas en inglés). Yo doy permiso para que mi niño se administre su medicamento, como fue prescrito en su Plan de Tratamiento para el Asma, durante este año escolar. Yo considero que el/ella es responsable y puede llevar, guardar y aplicarse el medicamento. El medicamento debe mantenerse en el envase original en el cual fue prescrito. Yo entiendo que el distrito de la escuela, sus directivos y empleados no serán responsables si el estudiante presenta un problema o condición debido a la aplicación de su medicamento, el cual aparece prescrito en su plan de tratamiento.
- YO NO** solicito que mi niño/a se administre el medicamento del asma en la escuela.

Firma del Padre/Representante

Teléfono

Fecha