

Nombre del estudiante: _____ Fecha de nacimiento: _____ Grado/clase: _____

Escuela: ☐ Central ☐ Chatsworth ☐ Mamaroneck Avenue ☐ Murray ☐ Hommocks ☐ High School ☐ Otra _____

Madre/Tutor: _____ (Casa) _____

ID CON FOTO

(Cel): _____ (Trabajo) _____

Padre/Tutor: _____ (Casa) _____

(Cel): _____ (Trabajo) _____

Contacto de emergencia: _____ (Casa) _____

(Cel): _____ (Trabajo) _____

Doctor de asma: _____ Teléfono: _____

Médico de atención primaria: _____ Teléfono: _____

Los signos de un ataque de asma incluyen:

- | | |
|---|---|
| ✓ dificultad para respirar; opresión en el pecho; dolor en el pecho | ✓ tos o sibilancias |
| ✓ picazón en la barbilla o el cuello; el cuello se siente raro | ✓ el estudiante parece inquieto(a) o ansioso(a) |
| ✓ dificultad para respirar; respiración rápida | ✓ pecho o cuello contraídos al respirar |
| ✓ estudiante está encorvado(a) para respirar | ✓ detiene la actividad y se queda quieto(a) |
| ✓ los labios o las uñas se vuelven azules o grises | |

LA GRAVEDAD DE LOS SÍNTOMAS PUEDE CAMBIAR RÁPIDAMENTE. ¡TODOS LOS SÍNTOMAS ANTERIORES PUEDEN POTENCIALMENTE PROGRESAR A UNA SITUACIÓN QUE AMENAZA LA VIDA!

ACCIÓN:

1. Llame a la enfermera escolar o a la administración si la enfermera escolar no está disponible.
2. Si se sospecha un ataque de asma, proporcione un inhalador o ayude al estudiante auto-dirigido(a) a administrar su propio inhalador.
3. Los tratamientos con nebulizador solo pueden ser administrados por la enfermera escolar.
4. Vigile los síntomas.

SI LOS SÍNTOMAS EMPEORAN:

5. No deje solo al estudiante.
6. Llame al 911.
7. Llame a los padres o tutores.
8. Informe a la administración de la escuela que se ha llamado al 911.
9. Mantenga la calma del estudiante.

Medicamentos de emergencia para el asma:

Nombre del medicamento del inhalador del estudiante: _____ Administre 2 inhalaciones según lo indique el proveedor de atención médica.

☐ Marque aquí si utiliza un espaciador con el inhalador de dosis médica.

Comentarios/Instrucciones especiales: _____

Firma del padre/tutor: _____ Fecha: _____

Firma del proveedor de atención médica: _____ Fecha: _____

La firma de los padres otorga permiso para hablar con el médico/profesional del estudiante y con el personal de la escuela según sea necesario.

PADRES – POR FAVOR COMPLETEN EL OTRO LADO DEL FORMULARIO

FORMULARIO DE INFORMACIÓN DE ASMA

Estimado(s) Padre(s) o Tutor(es),

Por favor complete el formulario de información adjunto y devuélvalo a la oficina de salud lo antes posible. Si ocurre algún cambio durante el año escolar, por favor notifique a la enfermera escolar.

Nombre del estudiante: _____

Grado/clase: _____

Plan diario de manejo de asma

☐ Identifique los desencadenantes de asma que se aplican a su hijo(a):

☐ Ejercicio

☐ Pólenes

☐ Olores o vapores fuertes

☐ Cambio de temperatura

☐ Mohos

☐ Infecciones respiratorias

☐ Animales

☐ Comida: _____

☐ Alfombras en la habitación

☐ Otros: _____

☐ Describa los tipos de síntomas que su hijo(a) experimenta (por ejemplo, sibilancias, tos, opresión, otros): _____

☐ ¿Qué suele ayudar si su hijo(a) tiene una exacerbación del asma? _____

☐ Medicamentos que su hijo(a) toma en casa para el asma:

Nombre

Dosis

Frecuencia

☐ Efectos secundarios del medicamento que experimenta su hijo(a): _____

☐ ¿Su hijo(a) usa un medidor de flujo máximo? ☐ Sí ☐ No

Si es así, ¿cuál es el mejor flujo máximo actual del niño(a)? _____

☐ Número de veces que el niño(a) ha sido llevado a un centro de emergencia por una exacerbación aguda de asma en los últimos 12 meses: _____

☐ Información adicional/instrucciones: _____

Firma del padre/tutor: _____

Fecha: _____

INHALADORES DE ASMA EN LA ESCUELA:

El estudiante acude a la oficina de salud donde se guarda el inhalador y lo utiliza bajo supervisión. La ventaja es que el medicamento se usará correctamente, en la cantidad adecuada y se mantendrán registros. Varios estudiantes guardan sus inhaladores en la oficina de salud y vienen antes de educación física, el recreo o cuando sea necesario. Los estudiantes independientes pueden llevar sus propios inhaladores. Los estudiantes de primaria deberán mantener un inhalador adicional en la oficina de salud.

Todos los medicamentos traídos a la escuela deben ir acompañados de una orden escrita del médico, con una nota de permiso firmada por los padres. El medicamento debe estar en su envase original, claramente etiquetado por su farmacia. Los formularios están disponibles con la enfermera escolar.

POR FAVOR COMPLETE EL OTRO LADO DE ESTE FORMULARIO

Updated: 9/23

CONSENTIMIENTO PARA LIBERAR INFORMACIÓN MÉDICA

Escuela: ☐ Central ☐ Chatsworth ☐ Mamaroneck Avenue ☐ Murray
 ☐ Hommocks ☐ High School ☐ Other _____

Fecha: _____

Nombre del médico/profesional: _____

Dirección: _____

Ciudad/Pueblo; Estado; Código postal: _____

Teléfono: _____

Nombre del estudiante: _____

Fecha de nacimiento: _____

Para: Médico/profesional

Por favor libere toda la documentación médica y/u otra información del paciente nombrado arriba a la enfermera escolar y/o al médico escolar como sea requerido por un representante de la Oficina de Salud del Distrito.

Firma del padre/Tutor

Fecha

LA FIRMA DEL PADRE/TUTOR DENOTA PERMISO PARA COMPARTIR INFORMACIÓN
CON LOS EMPLEADOS CONFORME SEA NECESARIO.

MAMARONECK UNION FREE SCHOOL DISTRICT

ASTHMA/ MDI Medication Permission Sheet at School/School - Sponsored Events

To Be Completed By Parent

Student Name: _____ DOB: _____

Grade: _____ Teacher/Counselor _____ School: _____

I request the school nurse give the medication listed on this plan; trained staff may assist my child to take his/her own medications. I will provide the medication in the original pharmacy or over the counter container. This plan will be shared with school staff caring for my child.

Parent/Guardian Signature

Date

Email

Phone Where We Can Reach You ☐ Check if Cell

Parent signature gives permission to speak to student's physician/ practitioner and school staff as needed

To Be Completed By Health Care Provider-Valid for School Year

Diagnosis: Asthma _____

Medication: _____ MDI

Dose: 2 puffs Q _____ hours

Route: Inhaled

Time: PRN

Recommendations: Administer for cough, wheeze, dyspnea, SOB, chest tightness
Use Spacer if Provided

☐ Independent Carry and Use Attestation Attached (Required for Independent Carry and Use)

NYS law requires both provider attestation that the student has demonstrated he/she can effectively self-administer inhaled respiratory rescue medications, epinephrine auto-injector, Insulin, glucagon and diabetes supplies or other medications which require rapid administration along with parent/guardian permission delivery to allow this option in school. Check this box and attach the attestation to this form to request this option.

Name/Title of Prescriber (Please Print)

Date

Stamp

Prescriber's Signature

Phone

PLEASE RETURN TO THE SCHOOL NURSE

MAMARONECK UNION FREE SCHOOL DISTRICT

ASTHMA/Nebulizer Medication Permission Sheet

at School/School - Sponsored Events

To Be Completed By Parent

Student Name: _____ DOB: _____

Grade: _____ Teacher/Counselor _____ School: _____

I request the school nurse give the medication listed on this plan; trained staff may assist my child to take his/her own medications. I will provide the medication in the original pharmacy or over the counter container. This plan will be shared with school staff caring for my child.

Parent/Guardian Signature

Date

Email

Phone Where We Can Reach You ☐ Check if Cell

Parent signature gives permission to speak to student's physician/ practitioner and school staff as needed

To Be Completed By Health Care Provider-Valid for School Year

Diagnosis: Asthma _____

Medication: _____ Inhalation Solution

Dose: _____ mg /3ml; (1 unit dose) Route: Via Nebulizer with mask or pipe Time: Q_____hrs. PRN

Recommendations: Administer for cough, wheeze, dyspnea, SOB, chest tightness

☐ Independent Carry and Use Attestation Attached (Required for Independent Carry and Use)

NYS law requires both provider attestation that the student has demonstrated he/she can effectively self-administer inhaled respiratory rescue medications, epinephrine auto-injector, Insulin, glucagon and diabetes supplies or other medications which require rapid administration along with parent/guardian permission delivery to allow this option in school. Check this box and attach the attestation to this form to request this option.

Name/Title of Prescriber (Please Print)

Date

Stamp

Prescriber's Signature

Phone

PLEASE RETURN TO THE SCHOOL NURSE

MAMARONECK UNION FREE SCHOOL DISTRICT

ATTESTATION AND PARENT PERMISSION REQUIRED FOR INDEPENDENT MEDICATION CARRY AND USE

Directions for the Health Care Provider: This form must be used as an addendum to a medication permission sheet, it is an attestation for a student to independently carry and use his/her medication as required by NYS law. A **provider order** and **parent/guardian permission** are needed in order for a student to carry and use medications that require rapid administration to prevent negative health outcomes. These medications should be identified by checking the appropriate boxes below.

Student Name: _____ **DOB:** _____

Health Care Provider Permission for Independent Use and Carry

I attest that this student has demonstrated to me that he/she can self-administer the medication(s) listed below safely and effectively, and may carry and use this medication (with a delivery device if needed) independently at any school/school-sponsored activity. Staff intervention and support is needed only during an emergency. This order applies to the medications checked below:

This student is diagnosed with:

- ☐ Allergy and requires Epinephrine Auto-injector
- ☐ Allergy and requires Antihistamine
- ☐ Asthma or respiratory condition and requires Inhaled Respiratory Rescue Medication
- ☐ Diabetes and requires Insulin/Glucagon/Diabetes Supplies
- ☐ _____ which requires rapid administration of _____
(State Diagnosis) (Medication Name)

Signature: _____ **Date:** _____

Parent/Guardian Permission for Independent Use and Carry

I agree that my child can use his/her medication effectively and may carry and use this medication independently at any school/school-sponsored activity. Staff intervention and support is needed only during an emergency.

Signature: _____ **Date:** _____

STAMP

PLEASE RETURN TO THE SCHOOL NURSE