



# Plan de acción para el asma

Nombre del estudiante: \_\_\_\_\_ Grado/Sección: \_\_\_\_\_

Doctor: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_ Fax: \_\_\_\_\_

**Encierre en un círculo los factores desencadenantes que pueden provocar un episodio de asma:** (marque todas las opciones que correspondan):

- Resfriados
- Hacer ejercicio
- Animales
- Polvo
- Humo
- Comidas
- Clima
- Olores
- Otro: \_\_\_\_\_

<b>Medicamentos diarios para controlar el asma</b>	Dosis	Frecuencia
1.		
2.		
3.		
4.		

<b>Medicamentos de alivio rápido (de rescate)</b>	Dosis	Frecuencia
1.		
2.		
3.		
4.		

**Mejor puntaje de flujo máximo personal:** \_\_\_\_\_  
**Horas de monitoreo:** \_\_\_\_\_

### Medicamentos de alivio rápido inhalados en la escuela

\_\_\_\_\_ ha sido instruido en la automedicación y es capaz de llevar consigo un inhalador de manera responsable. El estudiante es consciente de que debe notificar a la enfermera de la escuela inmediatamente después de cada uso del inhalador.

\_\_\_\_\_ **no debería** llevar consigo su inhalador en la escuela; guarde el inhalador en la oficina de la enfermera. *Los inhaladores guardados en la oficina de la enfermera pueden llevarse a las excursiones.*

Doy permiso al distrito escolar para compartir información sobre el asma de mi niño para ayudar a mejorar la salud y la seguridad de mi niño. Permito que la enfermera de la escuela se comunique con el médico de mi niño con respecto a esto. Notificaré a la enfermera de la escuela sobre cualquier cambio en este plan.

Firma del médico \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

Firma del padre \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

Si el estudiante lleva consigo un medicamento, el distrito escolar no es responsable de los efectos del medicamento ni de asegurarse de que ha sido tomado. Es responsabilidad del estudiante llevar los medicamentos a las excursiones.