



Westerville City Schools

936 Eastwind Drive, Westerville, OH 43081
Main Office (614)797-5700, Fax (614)797-5701

Estimados padres o tutores:

Según la información médica que obra en nuestro poder, su hijo/a tiene un historial de padecer asma. Para que podamos brindarle la mejor atención posible durante el horario escolar, llene los siguientes formularios:

1. Plan de acción en caso de asma (puede sustituirse por el formulario del prestador de servicios médicos, si este incluye toda la información): Deben prepararlo y firmarlo el prestador de servicios médicos Y el padre, la madre o el tutor.
2. Autorización para la posesión y uso de un inhalador para el asma por un estudiante: El prestador de servicios médicos y el padre o la madre deben llenarlo y firmarlo si se desea que el estudiante lleve consigo el inhalador durante el horario escolar. El estudiante DEBE poder demostrar que es capaz de llevar y autoadministrarse el inhalador de acción rápida, incluido cuándo avisar a un adulto si los síntomas no mejoran después de tomar la medicación.
3. Solicitud para administrar durante el horario escolar medicación recetada a un estudiante: Todos los medicamentos de venta con y sin receta que se conserven en la clínica deberán contar con una orden firmada por el prestador de servicios médicos. Si, además de los inhaladores con receta que figuren en el plan de acción en caso de asma y que se conserven en la clínica, su hijo/a necesita recibir algún otro medicamento, pida a su prestador de servicios médicos que llene y firme este formulario. Este formulario también debe firmarlo el padre, la madre o el tutor.

Comuníquese con la clínica de salud escolar si tiene alguna pregunta o duda.

Atentamente,

Enfermeras escolares del Distrito Escolar de la Ciudad de Westerville

Plan de acción en caso de asma en casa o en la escuela



Nombre _____ Fecha de nacimiento ____/____/____

Clasificación de la gravedad Intermitente Persistente leve Persistente moderada Persistente grave

Desencadenantes del asma (enumerar) _____

Mejor resultado personal del medidor de flujo espiratorio máximo _____

Nivel verde: buen estado

Síntomas: buena respiración, sin tos ni sibilancia, puede trabajar y jugar, duerme bien durante la noche
Medidor de flujo espiratorio máximo (superior al 80 % del mejor resultado personal)

Medicamento(s) de control	Cuánto debe tomar	Cuándo y con qué frecuencia debe tomarse	Tomar en
_____	_____	_____	<input type="checkbox"/> Casa <input type="checkbox"/> Escuela
_____	_____	_____	<input type="checkbox"/> Casa <input type="checkbox"/> Escuela

Actividad física Usar albuterol/levalbuterol _____ inhalaciones, 15 minutos antes de la actividad con toda actividad cuándo el menor sienta que lo necesita

Nivel amarillo: precaución

Síntomas: algunas dificultades para respirar; tos, sibilancia u opresión en el pecho; dificultades para trabajar o jugar; pasa la noche en vela; Medidor de flujo espiratorio máximo a_(entre el 50 % y el 79 % del mejor resultado personal)

Alivio rápido Medicamento(s) Albuterol/levalbuterol _____ inhalaciones, cada 4 horas, según sea necesario

Medicamento(s) de control Continuar tomando los medicamentos del nivel verde

Agregar _____ Cambiar a _____

El menor debe comenzar a sentirse mejor en un plazo de 20 a 60 minutos de la administración del tratamiento de acción rápida. Si el estado del menor empeora o permanece en el nivel amarillo durante más de 24 horas, ¡seguir ENTONCES las instrucciones del NIVEL ROJO y llamar al médico inmediatamente!

Nivel rojo: ¡obtener ayuda inmediatamente!

Síntomas: muchas dificultades para respirar; no puede trabajar o jugar; empeora, en lugar de mejorar; la medicación no ayuda; Medidor de flujo espiratorio máximo _____ (inferior al 50 % del mejor resultado personal)

¡Tomar el medicamento de acción rápida INMEDIATAMENTE! Albuterol/levalbuterol _____ inhalaciones, _____ (frecuencia)

Llame inmediatamente al 911 si se presentan los siguientes síntomas peligrosos

- Dificultad para caminar o hablar debido a la falta de aliento
- Labios o uñas de color azul
- Sigue en el nivel rojo después de 15 minutos

Empleados de la escuela: Sigán las instrucciones de los medicamentos de acción rápida de los niveles amarillo y rojo, en función de los síntomas del asma. Los únicos medicamentos que deben administrarse en la escuela son los que se indican en la sección del Nivel verde con una marca de verificación en la casilla de "Tomar en la escuela".

Tanto el prestador de servicios de atención médica como el padre, la madre o el tutor consideran que el menor ha demostrado ser capaz de llevar y autoadministrarse el inhalador de acción rápida, incluido cuándo avisar a un adulto si los síntomas no mejoran después de tomar la medicación.

Prestador de servicios de atención médica

Nombre _____ Fecha _____ Teléfono (____) _____ - _____ Firma _____

Padres o tutores

Doy permiso para que la enfermera escolar u otro empleado de la escuela administren en la escuela los medicamentos indicados en el plan de acción.

Doy mi consentimiento para permitir la comunicación entre el prestador de servicios de atención médica o la clínica que prescribe el medicamento, la enfermera de la escuela, el asesor médico de la escuela y los prestadores de servicios de la clínica de salud escolar necesarios para el control del asma y la administración de este medicamento.

Nombre _____ Fecha _____ Teléfono (____) _____ - _____ Firma _____

Enfermera escolar

El estudiante ha demostrado que es capaz de llevar y autoadministrarse el inhalador de acción rápida, incluido cuándo avisar a un adulto si los síntomas no mejoran después de tomar la medicación.

Nombre _____ Fecha _____ Teléfono (____) _____ - _____ Firma _____

Departamento de Salud de Ohio (ODH)

Autorización para la posesión y uso de un inhalador para el asma por un estudiante

De conformidad con ORC 3313.716/3313.14

Debe entregarse un formulario debidamente llenado al director de la escuela o a la enfermera antes de que el estudiante pueda portar y utilizar un inhalador para el asma en la escuela a fin de aliviar los síntomas del asma, o antes de hacer ejercicio para prevenir la aparición de los síntomas de esta patología.

Nombre del estudiante
Dirección del estudiante

Esta sección debe contestarla y firmarla el padre, la madre o el tutor del estudiante.

Como padre/madre/tutor de este estudiante, autorizo a mi hijo/a a portar y utilizar un inhalador para el asma, de la forma prescrita, en la escuela y en cualquier actividad, evento o programa patrocinado por la misma o en el que esta participe.

Firma del padre, la madre o el tutor	Fecha
Nombre del padre, la madre o el tutor	Número de teléfono del padre, la madre o el tutor para casos de emergencia ()

Esta sección debe contestarla y firmarla el médico del estudiante.

Nombre y dosis del medicamento	
Fecha de inicio de la administración del medicamento	Fecha final de la administración del medicamento (si se conoce)

Procedimientos que deben seguir los empleados de la escuela si el medicamento no surte el efecto esperado

Posibles reacciones adversas graves:

Para el estudiante a quien se le ha recetado (que se deban informar al médico)
Para un estudiante a quien no se le ha recetado y que reciba una dosis

Instrucciones especiales

Firma del médico	Fecha
Nombre del médico	Número de teléfono del médico para casos de emergencia ()

Adaptado de la Asociación de Enfermeras Escolares de Ohio

ESCUELAS DE LA CIUDAD DE WESTERVILLE

SOLICITUD PARA ADMINISTRAR DURANTE EL HORARIO ESCOLAR MEDICACIÓN RECETADA A UN ESTUDIANTE

Conforme a la Sección 3313.713 del Código Revisado de Ohio

Nombre del estudiante: _____ Fecha de nacimiento: _____

Dirección del estudiante: _____

Escuela: _____ Grado: _____ Maestro: _____

SECCIÓN PARA LOS PADRES

1. Este formulario deben llenarlo tanto los padres (sección superior) como el facultativo que receta el medicamento (sección inferior)
2. El medicamento debe conservarse en el **frasco con la etiqueta de la receta del estudiante** (las farmacias pueden proporcionar un frasco adicional para la medicación que deba administrarse a largo plazo). Los datos de la etiqueta deben coincidir con los indicados en las instrucciones del facultativo que emitió la receta. Si es un medicamento sin receta, debe conservarse en el envase original.
3. El padre, la madre o el tutor, u otro adulto responsable a petición de estos, debe entregar directamente al personal de la clínica un surtido del medicamento para no más de 2 a 4 semanas. Esto debe organizarse con antelación.
4. En caso de modificación, deberá presentarse un justificante actualizado firmado por el facultativo que recete el medicamento. Cada ciclo escolar se necesitará un nuevo formulario.

Cuando sea posible, administre la medicación fuera del horario escolar. *CONSENTIMIENTO: Doy mi consentimiento para que el personal de la escuela se ponga en contacto directamente con el facultativo que receta el medicamento en caso de que se presente alguna de las reacciones adversas que constituyen una emergencia de las indicadas a continuación. Este consentimiento no reemplaza ni deroga el "Formulario médico de emergencia".

Firma del padre o la madre: _____ Fecha: _____
 La firma de los padres autoriza al personal escolar a administrar la medicación recetada que se enumera a continuación.

Número de teléfono del padre o la madre: _____
 Diurno _____ Vespertino _____

SECCIÓN PARA EL MÉDICO

Confirmando que este medicamento debe tomarlo: _____
 Nombre del estudiante

PARA LOS MEDICAMENTOS QUE DEBEN ADMINISTRARSE A DIARIO (cuando sea posible, por favor, intente programar la administración del medicamento fuera del horario escolar)

MEDICAMENTO	DOSIS	VÍA DE ADMINISTRACIÓN	HORA DE ADMINISTRACIÓN

PARA LOS MEDICAMENTOS QUE DEBAN TOMARSE SEGÚN SEA NECESARIO

MEDICAMENTO	DOSIS	VÍA DE ADMINISTRACIÓN	INTERVALO ENTRE DOSIS

¿Cuál es el diagnóstico por el que se prescribe este medicamento?	
¿Hay alguna reacción adversa grave que deba notificarse al facultativo que receta el medicamento*?	
¿Hay instrucciones especiales para su administración, incluidas las condiciones de esterilidad y conservación?	
Fecha en la que debe comenzar a administrarse en la escuela:	Fecha de suspensión:

x
 Firma del facultativo que receta el medicamento _____ Fecha _____

Nombre en letra de imprenta del facultativo que receta el medicamento: _____ Teléfono: _____
 Dirección del facultativo que receta el medicamento: _____

Si se envía por fax a la escuela, es responsabilidad de los padres cerciorarse de que se reciba **NÚMERO DE FAX:** _____