



FABENS INDEPENDENT SCHOOL DISTRICT
HEALTH SERVICES

PO BOX 697 FABENS, TX 79838

ASTHMA SELF MANAGEMENT AGREEMENT

Student Name: _____ Grade: _____ ID#: _____

Dear Parents,

The health team at Fabens ISD is looking forward to an excellent year for your child. If your child will need to use an inhaler at school, he/she may carry it with them as long as we have the appropriate paper work on file. In order to provide the best possible school asthma management for your child, we request your assistance with the following guidelines:

- 1. Obtain an asthma management/action plan—a physician’s/healthcare provider’s statement of your child’s treatment goals, medication(s), and environmental risk reduction measures. Please include guidelines for managing symptoms during special school or offsite events (recess, gym, outdoor play, field trips, etc.), air quality alert days and asthma triggers. You may use the attached Asthma Action Plan.
2. If you do not use the attached Asthma Action plan please submit a medication permit for any medication that is administered in school. You can obtain a medication permit from the school nurse or you can download one from the Fabens ISD Website. Click departments and go to “Nurse’s Corner.” Please make sure that all of your child’s medications are properly labeled from the pharmacy and that you personally bring them to school. It is important that you provide the nurse with a new and sealed inhaler since the date of first use is important for your child’s treatment.
3. Meet with the school nurse before school entry and as needed to explain your child’s condition, medication(s), asthma devices, and environmental triggers.
4. Meet with teachers to set up expectations for maintaining communication and continuity during absences. All need to know staff members will be notified of your child’s medical condition.
5. Prepare your child. Discuss and rehearse the asthma action plan to include medications, how to handle symptoms, triggers, food restrictions, and school policies.
6. Keep the school staff up to date on any changes in your child’s asthma action plan.
7. Keep your physician up to date on appropriateness of school services and supports.
8. If the student will be carrying their own inhaler, they agree to not share their inhaler with any other student and use correct medication administration technique. (An infraction of this guideline will be referred for disciplinary action.)
9. Students are expected to ask for assistance from a staff member and/or school nurse for the management of their asthma symptoms as needed.
10. Failure to comply with these guidelines may lead to your child being excluded from school until all paperwork is on file and the school can safely care for your child.

Thank you for working with us to assist your child. For any questions please call child’s school nurse. By signing below you and your child agree to comply with the above instructions.

Parent Signature _____ Date _____

Student Signature _____ Date _____

To be completed by a Licensed Nurse

- [] The above named student has demonstrated correct technique for the use of his epinephrine auto injector and/or prescribed medication and understanding of the physician order for emergency use.
[] This student may self-carry and self-administer his prescribed medication.
[] This student needs reinforcement of his/her medication and self-carrying skills.
[] School staff that have the need to know about this student’s medical condition have been notified.

Nurse Signature: _____ Date: _____



FABENS INDEPENDENT SCHOOL DISTRICT

HEALTH SERVICES

PO BOX 697 FABENS, TX 79838

ACUERDO DEL AUTOGESTIÓN DE ASMA

Nombre del Estudiante: _____ Grado: _____ ID#: _____

Estimados padres de familia,

El equipo de salud del Distrito de Fabens espera que el próximo año sea excelente para su hijo/hija. Si su hijo/hija tendrá que utilizar un inhalador en la escuela, él / ella puede cargar su inhalador siempre y cuando adquiramos la documentación apropiada. Con el propósito de proporcionar el mejor manejo y tratamiento del asma durante el periodo escolar de su hijo/hija, le pedimos su ayuda con los siguientes directrices:

1. Obtener el plan de acción y tratamiento del Asma. La forma debe de ser completa y firmada por un médico o especialista de la salud. En la cual el médico notifica las metas del tratamiento, el medicamento y las medidas de reducción de riesgos ambientales. Por favor incluya directrices para la gestión de los síntomas del asma durante el horario escolar, eventos especiales o eventos fuera del aula (recreo, gimnasio, juegos al aire libre, viajes de estudio, etc.), los días de alerta de calidad del aire y los factores agravantes del asma. Adjunto a esta notificación se encuentra la forma del Plan de Acción para el Asma.
2. Si usted no utiliza la forma del plan de acción para el asma adjunta y su hijo/a requiere administración de medicamento durante el horario escolar por favor complete y envíe un permiso de administración de medicamento para cualquier medicina que será suministrada en horas de escuela. Usted puede obtener un permiso de administración de medicamento en el departamento de enfermería de la escuela o puede descárgalo de la pagina de Web de Fabens ISD. Ya estando en la página de FISS haga clic en "Departments" y señale "Nurse's Corner." Por favor de obtener la etiqueta medica correcta en los medicamentos de su niño/niña y personalmente llevarlos a la escuela. Es de suma importancia que usted proporcione a la enfermera con un inhalador sellado y nuevo porque la fecha de inicio de consumo es primordial para el tratamiento de su hijo.
3. Reúnase con la enfermera de la escuela antes de regresar a clases y cuando sea necesario para explicar la condición del estudiante ya sea por el uso de medicamento (s) y aparatos, o agravaciones ambientales.
4. Reúnase con los maestros para establecer las expectativas para conservar la comunicación y continuidad en clases cuando su hijo/a falte. Todos los miembros del personal que necesitan saber de la condición médica de su hijo/a serán notificados.
5. Prepare a su hijo. Explique y practique con él/ella el tratamiento médico y cómo manejar los síntomas de su enfermedad o condición médica, agravaciones ambientales y restricciones alimenticias y el reglamento escolar.
6. Mantenga el personal de la escuela al día sobre cualquier cambio en el plan de acción y tratamiento para el asma de su hijo/a.
7. Mantenga a su médico al tanto en lo apropiado de los servicios escolares y sistemas de apoyo.
8. Si el estudiante va a cargar su inhalador, están de acuerdo en no compartir su inhalador con otro estudiante y usar técnica correcta de la administración del medicamento. (Una infracción de la presente directriz se hará referencia a medidas disciplinarias.)
9. Se espera que los estudiantes pidan la ayuda de un empleado y/o enfermera escolar para asistencia con sus síntomas del asma como sea necesario.
10. El incumplimiento de estas directrices puede resultar en que su hijo sea excluido de la escuela hasta que todo el papeleo está en el archivo y la escuela con seguridad puede cuidar a su hijo.

Gracias por su cooperación en asistir a su hijo/a. Para preguntas favor de llamar a la enfermera escolar de su hijo/a. Con su firma usted y su niño se comprometen a cumplir con las instrucciones de arriba.

Firma del Padre o Tutor _____ Fecha _____

Firma del Estudiante _____ Fecha _____

To be completed by a Licensed Nurse

- The above named student has demonstrated correct technique for the use of his epinephrine auto injector and/or prescribed medication and understanding of the physician order for emergency use.
- This student may self-carry and self-administer his prescribed medication.
- This student needs reinforcement of his/her medication and self-carrying skills.
- School staff that have the need to know about this student's medical condition have been notified.

Nurse Signature: _____ Date: _____