

SPECIAL EDUCATION DISTRICT OF LAKE COUNTY

18160 W Gages Lake Road, Gages Lake, Illinois 60030-1819

847-548-8470 Fax 847-548-8472 VP 224-207-8476

www.sedol.us



PLAN de ACCIÓN CONTRA EL ASMA

Nombre: _____ Fecha de Nacimiento: _____

Clasificación de gravedad: Intermitente Persistente leve Persistente moderado Persistente grave

Desencadenantes del asma (lista): _____

Mejor marca personal del flujómetro: _____

Zona verde: Anda bien

Síntomas: La respiración es buena – Sin tos ni resuello – Puede trabajar y jugar – Duerme bien a la noche
Flujómetro _____ (más del 80% de la mejor marca personal)

| Medicamento/s de control | Medicamento | Cuánto tomar | Cuándo y con qué frecuencia tomarlo | Tomar |
|--------------------------|-------------|--------------|-------------------------------------|---|
| | _____ | _____ | _____ | <input type="checkbox"/> Hogar <input type="checkbox"/> Escuela |
| | _____ | _____ | _____ | <input type="checkbox"/> Hogar <input type="checkbox"/> Escuela |

Actividad física usa albuterol/levalbuterol ____ puffs, 15 minutos antes de la actividad con todas las actividades
 cuando el niño siente que lo necesita

Zona amarilla: Precaución

Síntomas: Algunos problemas de respiración – Tos, resuello, u opresión en el pecho – Problemas para trabajar o jugar – Se despierta a la noche

Flujómetro _____ a _____ (entre 50% y 79% de la mejor marca personal)

Medicamento/s de alivio rápido Albuterol/levalbuterol ____ puffs, cada 4 horas según sea necesario

Medicamento/s de control Continuar con los medicamentos de la Zona verde

Agregar _____ Cambiar por _____

El niño se debe sentir mejor dentro de 20–60 minutos del tratamiento de alivio rápido. Si el niño empeora o está en la Zona amarilla durante más de 24 horas, siga las instrucciones de la ZONA ROJA y llame al médico inmediatamente.

Zona roja: ¡Consigue ayuda ahora!

Síntomas: Muchos problemas de respiración – No puede trabajar o jugar – Empeora en vez de mejorar – El medicamento no ayuda
Flujómetro _____ (menos del 50% de la mejor marca personal)

¡Tome el medicamento de alivio rápido AHORA! Albuterol/levalbuterol ____ puffs, _____ (con qué frecuencia)

Llame al 911 inmediatamente si presenta las siguientes señales de peligro

- Dificultad para caminar/hablar debido a la falta de aire
- Labios o uñas azules
- Sigue en la zona roja después de 15 minutos

Personal escolar: Siga las instrucciones de la Zona amarilla y roja respecto de los medicamentos de alivio rápido de acuerdo con los síntomas del asma. Los únicos medicamentos de control que podrán administrarse en la escuela son los que figuran en la Zona verde con una tilde junto a “Tomar en la escuela”.

Tanto el proveedor de atención médica como el padre/tutor consideran que el niño ha demostrado capacidad para llevar y auto-administrarse su inhalador de alivio rápido, incluida la capacidad de avisar a un adulto si los síntomas no mejoran después de tomar el medicamento.

Proveedor de atención médica

Nombre _____ Fecha _____ Teléfono _____ Firma _____

Padre/tutor

Autorizo que un enfermero u otro personal escolar administren en la escuela los medicamentos que figuran en el plan de acción según corresponda.

Autorizo la comunicación entre la clínica o el proveedor de atención médica que prescribe, el enfermero de la escuela, el asesor médico de la escuela y los proveedores de la clínica de salud ubicada en la escuela que sea necesaria para el control del asma y la administración de este medicamento.

Nombre _____ Fecha _____ Teléfono _____ Firma _____

Enfermero de la Escuela

El estudiante ha demostrado capacidad para llevar y auto-administrarse su inhalador de alivio rápido, incluida la capacidad de avisar a un adulto si los síntomas no mejoran después de tomar el medicamento.

Nombre _____ Fecha _____ Teléfono _____ Firma _____