

Historial de Asma

8. ¿Cuándo se le diagnosticó el asma a su hijo(a)? _____
9. El año pasado:
 ¿Cuántos días ha faltado su hijo(a) a clases por el asma? _____
 ¿Cuántas veces ha llevado a su hijo(a) al doctor por el asma? _____
10. ¿Cuántas veces ha sido tratado su hijo(a) en la sala de emergencia por el asma? _____
 ¿Ha sido hospitalizado su hijo(a) por el asma? _____ Si _____ No _____
 Cuándo _____

11. Marque todas sus preocupaciones relacionadas con el asma de su hijo(a) que necesiten considerarse en la escuela. (Comuníquese con la enfermera del distrito si es necesario.)

Ninguna _____

| | |
|-----------------------------------|--|
| _____ Recreo/Clase en el Gimnasio | _____ Alergias de Primavera - Temporales |
| _____ Alimentos Específicos | _____ Paseos – bosques, campos |
| _____ Paseos | _____ Otro: _____ |
| _____ Animales/Mascotas | |

Padre/Tutor: _____ Teléfono en casa: _____
 Dirección de e-mail: _____ Teléfono del Trabajo /celular: _____
 Contacto de Emergencia: _____ Teléfono: _____
 Relación: _____

Doctor del Asma: _____ Teléfono: _____

12. Firma del Padre: _____ Fecha: _____

13. Enfermera del Distrito: _____ Fecha: _____

El procedimiento usual que se sigue aquí en la escuela para los estudiantes con asma es:

1. Permitir que el estudiante use su medicamento recetado otorgándole la ayuda, conforme sea necesario.
2. Orientar al estudiante para que se relaje (eje., calmarlo, respirar profundo, tomar líquidos tibios, etc.).
3. Quedarse con el estudiante; vigilar cualquier síntoma.
 - a) Si los síntomas disminuyen 15 minutos después de haber tomado el medicamento, el estudiante puede regresar a la clase.
 - b) Si los síntomas siguen igual 15 minutos después de haber tomado el medicamento, se le comunicará a los padres.
 - c) Si los síntomas aumentan severamente, se le llamará al 911, se iniciará CPR, si es necesario.

Lamar al 911 para asistir si el estudiante:

- **No demuestra mejora después de 15 a 20 minutos de haber tomado el tratamiento inicial con medicamentos.**
- **El medidor de flujo tiene un _____**
- **Tiene dificultad para respirar con el pecho o cuello estirado o con el cuerpo encorvado.**
- **Se pueden notar sus costillas o sus fosas nasales están completamente abiertas.**
- **Tiene dificultad para respirar y tiene dificultad decir palabras u oraciones.**
- **Sus labios o uñas están azules o grises.**
- **No hay un inhalador en la escuela y demuestra señales de dificultad para respirar.**

| <u>Zona Verde</u> | <u>Zona Amarilla</u> | <u>Zona Roja</u> |
|---|---|--|
| Respira bien | Tiene dificultad para respirar | Tiene mucha dificultad para respirar |
| No está tosiendo ni tiene silbido en el pecho | Tiene tos o silbido en el pecho | Sus fosas nasales están completamente abiertas |
| Puede trabajar/hacer ejercicios con facilidad | Siente el pecho apretado | La medicina no le está ayudando |
| Está durmiendo toda la noche | Tiene dificultad para trabajar/hacer ejercicios | Tiene dificultad para caminar o para hablar |
| | Se despierta en la noche tosiendo | Sus labios o uñas están azules/grises |

NSSD tiene una póliza acerca de la toma de medicamentos en la escuela. Si necesita direcciones vaya a la oficina de la escuela de su hijo(a).

Para las restricciones para exámenes y actividades se requiere instrucción escrita por el doctor del estudiante.

ASTHMA-PINK (1/30/13)