STUDENT PHOTO

ASTHMA EMERGENCY CARE PLAN

For School Use Only
Medication:□ NO □ YES (Attach Med Form) Medication Location:_____
Copies of this ECP & Med Form, the medication, must go on all offsite activities.

TO BE COMPLETED BY PARENT/CAREGIVER

Name: _____ Date of Birth: _____ School: _____

Grade: _____ Homeroom Teacher: _____ Room: _____

Parent/Caregiver info: Name_____ Phone _____ Email_____

----------TO BE COMPLETED BY THE HEALTH CARE PROVIDER----------

Health Care Provider Treating Student for Asthma:_____ Ph: _____

Other asthma medication used at home:_____

Does student require inhaler before exercise: ▲ No ▲ Yes

If yes, please specify: medication _____ to be given # _____ minutes before exercise

Reduce exposure to the following asthma triggers: _____

Green Zone  **Doing Well**	**SYMPTOMS** ● Breathing is normal ● Feel good doing usual activities ● No cough, wheeze, chest tightness, or shortness of breath	**ACTIONS TO TAKE** Student continues taking daily medication at home as prescribed **GOAL:** Prevent asthma symptoms every day and feel good!
Yellow Zone **CAUTION!** 	**SYMPTOMS** ● Cannot do all of your normal activities ● Regular breathing is a little faster than normal ● Slight cough, wheeze, chest tightness, or shortness of breath ● Mild chest congestion from cold or allergies	**ACTIONS TO TAKE** Staff stays with the student. Staff remains calm and speaks softly Staff seats student in an upright position Staff to encourages student to take slow, deep breaths ("belly breathing") Staff assists with quick relief medication (as prescribed): _____ (name of the medication, *see medication form) Staff to wait with the student for 15 minutes. If symptoms resolve and student remains in Green Zone, may return to class. Staff to call school nurse/parent/guardian to inform **GOAL:** Student is back in the green zone
Red Zone **Medical Alert** 	**SYMPTOMS** ● **Persistent cough or wheeze** ● **Cannot walk, talk, or move well** ● **Rapid or shallow breathing** ● **Flared or enlarged nostrils** ● **Struggling or gasping for breath** ● **Difficulty Speaking** ● **Gray, dusky, or bluish color around mouth or under nails** ● **Quick relief medication hasn't helped**	**EMERGENCY! Get help! Do not leave student alone** **ACTIONS TO TAKE** ● **CALL 911 immediately and notify parents** ● **Administer CPR if breathing stops!** ● **Continue until paramedics (EMS) arrive!** ● **Give a copy of the student's Emergency Card to EMS** ● **Send emergency medication with EMS**

I authorize school personnel to implement this Asthma Emergency Care Plan as described. **I have completed a medication form for the quick relief medication.**

_____ _____
Health Care Provider Signature & NPI # Date

本人同意，為了本人子女的安全和健康著想，學校當局可採取適當行動。本人同意，必要時，學 校當局可與授權的健康護理員聯絡。

_____ _____
家長/看顧人簽名 日期

Last Revised 4-2022

San Mateo Union High School District / Authorization for Medication(s) to be Taken During School Hours
在學校期間服用藥物的授權

根據加州教育法規 Section 49423 以及 Section 49423.6 的細項 (b)，任何學生在學校期間需要服用處方藥物，如果符合以下兩項條件，要由學校護士或其他指定代表協助。(a) 學生授權的醫護人員以書面聲明特別指示該學生服用的藥物、劑量、以及服用的時間，以及其它細節（如有必要），像服用的方法、數量、以及服用的時間表。(b)學生的家長或法定監護人提供書面聲明要求給該學生服用藥物或由他人協助。這項書面聲明要與醫護人員的書面聲明吻合。
有學生醫護人員的授權以及學生家長或法定監護人的同意，當地的教育機關可以准許學生攜帶藥物並且自行服用。

以下部分要由家長填寫: 就讀學校_____

學生姓名 _____性別_____ 出生年月日_____
姓 名

_____(_____)_____
醫護人員姓名 地址 電話

針對以下學生醫護人員的藥物授權:

我要求我的子弟在校期間由授權人員協助服用藥物: 是_____ 否_____

我要求准許我的子弟攜帶藥物並且自行服用: 是_____ 否_____

我了解藥物一定要裝在藥房原本給的藥罐子裡，上面的標籤要有學生的姓名、開立處方的醫護人員姓名、以及藥物、最初開立的日期，該藥物的強度以及劑量、以及服用的方法。如果藥物放在學校的保健室，要在學年結束後一星期內或不需再服用該藥物後前來取回，否則該藥物會被銷毀。我了解有家長的書面要求可以中止服藥。身為以上學生的家長/監護人，我因此對要求、行動、訴訟或任何責任、任何以及所有 San Mateo 聯合高中學區遵照我子弟醫護人員提供指示採取行動的人員提出求償。

_____ _____ (_____)_____(_____)_____
日期 家長/監護人簽名 住家電話 緊急連絡電話

THE FOLLOWING SECTION IS TO BE COMPLETED BY THE PHYSICIAN/以下部分要由醫護人員填寫

Diagnosis for which medication is given/給予藥物的診斷:_____

Name of medication/藥物名稱: _____

Form/形式: _____ Dose and Route/劑量以及服用方式: _____

If medicine is to be given DAILY, at what time/如果每天都要服用，服用時間為:_____

If medication is to be given WHEN NEEDED, describe indications/如果藥物在需要的時候才給，描述需要的情況:_____

How soon can it be repeated?/藥物多快能再給?:_____

List significant side effects of medication/列出該藥物顯著的副作用: _____

Length of time this treatment is recommended/這個療程建議的時間: _____

In my opinion, this student shows the capability to carry and self-medication the above medication: Yes_____ No_____
以我的看法，該學生有能力攜帶並自行服用上述的藥物: /是(Yes)_____ /否(No)_____
If necessary, this medication may be safely and appropriately administered by trained unlicensed school personnel: Yes_____ No_____ N/A_____
如有需要，這個藥物可以被有受過訓練但沒有認可證書的學校員工安全地和正確地施用：是(Yes)_____ 否)(No)_____不適用 (N/A) _____

Signature of Authorized Health Care Provider:
Date/日期: _____**授權醫護人員簽名:** _____

Health Care Provider/授權醫護人員

Address Stamp Required/地址蓋章（必要）:

SAN MATEO UNION HIGH SCHOOL DISTRICT

授權使用或公開健康資訊

完成以下這份文件就是授權公開以及/或使用個人可辨識的健康資訊，這與加州和聯邦法律針對這類資訊的隱私考量一致。沒有完整提供所需的所有訊息會使這項授權無效。我有權收到這份授權的影本。需要在這份授權書上簽名，這樣學生在學校才能獲得適當的服務。

使用及公開訊息

家長/學生姓名: _____ _____

姓 名 中間名 出生年月日

我，如下面簽名，授權（單位以及/或醫護人員的名字）：

(1) _____ (2) _____

提供上述學生醫療紀錄的健康資訊給以下：

~~**San Mateo Union High School District**~~ **650 North Delaware St. , San Mateo, CA 94401**

資訊提供給學區 地址/城市以及州/郵遞區號

Sara Devaney, Health Services Manager **650-558-2222 (保密傳真 650-762-0250)**

學區的聯絡人員 區域號碼以及電話號碼

因為以下原因需要公開健康資訊：

_____

需要的資訊要受限於：□ 所有的健康資訊或 □ 如所述的特定疾病訊息：

_____

期間：這份授權會立即生效，有效期間到_____ (填寫日期) 或如果沒有填寫日期，有效期間為從簽名日期起一年內。

限制： 加州法律禁止學區進一步公開我的健康資訊除非學區取得我的另一份授權、或除非這樣的公開是法律特別需要或允許的。我了解學區會保護這份資訊，如同家庭教育隱私權法（Family Educational Rights Privacy Act (FERPA)）以及加州法律所述，而且這份資訊會成為學生教育資料的一部分。這份資訊會以提供安全、恰當以及最低限度教育限制以及學校健康服務和計劃的前提，分享給在學區工作或與學區合作的個人。*如果你搬到其它學區，記錄會被自動轉到該學區。*

你的權利：我了解關於這份授權我有以下的權利：*我可以隨時撤回這項授權。我的撤回要以書面方式提出，由我本人或我的代表簽名，並且送給上述的醫療單位/個人。我的撤回要求會於對方收到時生效，但是對於學區或其它根據這份授權已經採取的行動無法生效。*

同意： _____ _____ _____

印刷體名字 簽名 日期

_____ _____

與家長/學生的關係 區域號碼及電話號碼