

ASTHMA ACTION PLAN

For: _____ Doctor: _____ Date: _____

Doctor's Phone Number: _____ Hospital/Emergency Department Phone Number: _____

GREEN ZONE	DOING WELL	Daily Medications		
	<ul style="list-style-type: none"> No cough, wheeze, chest tightness, or shortness of breath during the day or night Can do usual activities <p>And, if a peak flow meter is used, Peak flow: more than _____ (80 percent or more of my best peak flow) My best peak flow is: _____</p>	Medicine	How much to take	When to take it
		_____	_____	_____
		_____	_____	_____
		_____	_____	_____
		_____	_____	_____
	Before exercise	<input type="checkbox"/> _____	<input type="checkbox"/> 2 or <input type="checkbox"/> 4 puffs	5 minutes before exercise

YELLOW ZONE	ASTHMA IS GETTING WORSE	Add: quick-relief medicine—and keep taking your GREEN ZONE medicine.		
	<ul style="list-style-type: none"> Cough, wheeze, chest tightness, or shortness of breath, or Waking at night due to asthma, or Can do some, but not all, usual activities <p>-Or- Peak flow: _____ to _____ (50 to 79 percent of my best peak flow)</p>	1st →	_____ Number of puffs (quick-relief medicine) or <input type="checkbox"/> Nebulizer, once	Can repeat every _____ minutes up to maximum of _____ doses
		2nd →	If your symptoms (and peak flow, if used) return to GREEN ZONE after 1 hour of above treatment:	
			<input type="checkbox"/> Continue monitoring to be sure you stay in the green zone.	
			-Or-	
			If your symptoms (and peak flow, if used) do not return to GREEN ZONE after 1 hour of above treatment:	
			<input type="checkbox"/> Take: _____ Number of puffs or <input type="checkbox"/> Nebulizer (quick-relief medicine)	
			<input type="checkbox"/> Add: _____ mg per day For _____ (3-10) days (oral steroid)	
			<input type="checkbox"/> Call the doctor <input type="checkbox"/> before/ <input type="checkbox"/> within _____ hours after taking the oral steroid.	

RED ZONE	MEDICAL ALERT!	Take this medicine:		
	<ul style="list-style-type: none"> Very short of breath, or Quick-relief medicines have not helped, Cannot do usual activities, or Symptoms are same or get worse after 24 hours in Yellow Zone <p>-Or- Peak flow: less than _____ (50 percent of my best peak flow)</p>	<input type="checkbox"/> _____ (quick-relief medicine)	_____ Number of puffs or <input type="checkbox"/> Nebulizer	
		<input type="checkbox"/> _____ mg (oral steroid)		
		Then call your doctor NOW. Go to the hospital or call an ambulance if:		
		<ul style="list-style-type: none"> You are still in the red zone after 15 minutes AND You have not reached your doctor. 		
	DANGER SIGNS	→	<ul style="list-style-type: none"> Take _____ puffs of _____ (quick relief medicine) AND Go to the hospital or call for an ambulance _____ NOW! (phone) 	
			<ul style="list-style-type: none"> Trouble walking and talking due to shortness of breath Lips or fingernails are blue 	

See the reverse side for things you can do to avoid your asthma triggers.

San Mateo Union High School District
Autorización para tomar medicinas durante el horario escolar

De acuerdo con el artículo 49423 y la subdivisión (b) del artículo 49423.6 del Código de Educación de California, el alumno que necesite tomar medicinas con receta durante el horario escolar puede ser asistido por el personal de enfermería de la escuela u otro personal de la escuela designado a tal efecto si se cumplen estas dos condiciones: (a) Que el profesional médico del alumno emita una nota por escrito que especifique, como mínimo, la medicina que el alumno tiene que tomar, la dosis y durante cuánto tiempo deberá tomarla. También debe detallar –según sea necesario– cómo administrarla, qué cantidad y a qué horas deberá tomarla. b) Que el padre/la madre/el tutor legal del alumno presente una nota por escrito en la que pida que se le administren dichas medicinas o que se le ayude a tomarlas, según indique la nota por escrito del profesional médico autorizado.

Con la aprobación del profesional médico autorizado del alumno y la de su padre/madre/tutor legal, una agencia local de educación puede permitir que un alumno porte medicinas o que las tome por sí solo.

ESTA SECCIÓN DEBE SER COMPLETADA POR EL PADRE/LA MADRE/EL TUTOR LEGAL:

Nombre de la escuela _____

Nombre del estudiante _____ Sexo _____ Fecha de nacimiento _____
Apellido Primer nombre

Nombre del médico/profesional médico _____ Domicilio _____ Teléfono _____
()

En cuanto a las medicinas abajo autorizadas por su médico/profesional médico:

Pido que las personas autorizadas ayuden a mi hijo(a) a tomar sus medicinas en la escuela: Sí _____ No _____

Pido que permitan a mi hijo(a) portar sus medicinas y tomarlas por sí solo(a): Sí _____ No _____

Entiendo que las medicinas deben estar en el envase original de la farmacia, tener una etiqueta con el nombre del alumno y del profesional médico que las recetó, el nombre de las medicinas, la fecha de la receta original, la cantidad del principio activo (concentración), la dosis y las instrucciones para tomarlas. Si las medicinas se guardan en la oficina de salud de la escuela, serán destruidas si no se recogen dentro de la semana posterior al final del año escolar o de la orden médica. He leído y firmado el consentimiento adjunto (reverso) que permite que el personal designado de la escuela hable con el profesional médico de mi hijo(a) si tiene preguntas médicas. Entiendo que se podrá suspender la administración de un medicamento si los padres lo solicitan por escrito. Como padre/madre/tutor legal del alumno nombrado arriba, por el presente dejo indemne y a libero a todo el personal, a los empleados y a los agentes del San Mateo Union High School de cualquier demanda, acción judicial, juicio y responsabilidades de cualquier tipo o naturaleza cuando éstos actúen de acuerdo con las instrucciones del profesional médico de mi hijo(a).

Fecha Firma del padre/de la madre/del tutor legal Teléfono de la casa Teléfono de emergencia

THE FOLLOWING SECTION IS TO BE COMPLETED BY THE PHYSICIAN /ESTA SECCIÓN DEBE SER COMPLETADA POR EL MÉDICO:

Diagnosis for which medication is given / Diagnóstico por el cual se receta la(s) medicina(s): _____

Name of medication / Nombre de la(s) medicina(s): _____

Form / Presentación: _____ **Dose & route / Dosis y vía de administración:** _____

If medicine is to be given DAILY, at what time(s) / Si la(s) medicina(s) debe(n) tomarse TODOS LOS DÍAS, indique a qué hora(s): _____

If medicine is to be given WHEN NEEDED, describe indications / Si la(s) medicina(s) debe(n) tomarse sólo CUANDO SEA NECESARIO, explique: _____

How soon can it be repeated? / ¿Cada cuánto tiempo puede(n) volver a tomarse?: _____

List significant side effects of medication / Escriba los efectos secundarios importantes de esta(s) medicina(s): _____

Length of time this treatment is recommended / ¿Por cuánto tiempo recomienda este tratamiento?: _____

In my opinion, this student shows the capability to carry and self-medicate the above medication: Yes (Sí) _____ No (No) _____
Opino que este alumno es capaz de portar esta(s) medicina(s) y de tomarla(s) por sí solo(a):

If necessary, this medication may be safely and appropriately administered by trained unlicensed school personnel: Yes _____ No _____ N/A _____
Si es necesario, este medicamento puede ser administrado adecuadamente y de manera segura por personal capacitado de la escuela sin licencia:

Date: _____ **Signature of Authorized Health Care Provider:** _____

**Health Care Provider
Address Stamp (required):**

SAN MATEO UNION HIGH SCHOOL DISTRICT
AUTORIZACIÓN PARA USAR Y/O DIVULGAR INFORMACIÓN SOBRE LA SALUD DEL ESTUDIANTE

Completar este documento autoriza la divulgación y/o el uso de información sobre la salud del estudiante. Esta información revela la identidad de la persona, como se expresa más abajo, en concordancia con las leyes de California y las leyes federales en cuanto a la privacidad de dicha información. Esta autorización podría invalidarse si la información que se proporciona está incompleta. Tengo el derecho de recibir una copia de esta Autorización. Para que la escuela pueda dar a este estudiante los servicios que necesita, es probable que (yo) tenga que firmar esta autorización.

USO Y DIVULGACIÓN DE LA INFORMACIÓN:

Nombre del paciente/estudiante: _____
Apellido/Primer nombre/Inicial del segundo nombre/Fecha de nacimiento

Yo, el/la abajo firmante, por el presente autorizo a (nombre de la agencia y/o profesionales médicos):

(1) _____ (2) _____

a proporcionar la información sobre la salud del estudiante mencionado arriba, contenida en la historia clínica de éste, y a que la intercambie con:

San Mateo Union High School District
Distrito escolar receptor de dicha divulgación

650 N. Delaware Street, San Mateo CA 94401
Domicilio/ciudad y estado/código postal

Sara Devaney, Health Services Manager
Persona de contacto en el distrito escolar

650-558-2222 (Confidential Fax 650-762-0250)
Código de área y número de teléfono

La divulgación de la salud del estudiante se requiere para los siguientes propósitos:

La información solicitada estará limitada a: Información completa sobre la salud del estudiante o
 información sobre una enfermedad en particular, como se describe a continuación:

DURACIÓN: Esta autorización entrará en vigor inmediatamente y permanecerá vigente hasta _____ (escriba la fecha) o durante un año después de la fecha en que se haya firmado (si no se especifica otra fecha).

RESTRICCIONES: Las leyes de California prohíben al distrito escolar que continúe divulgando la información sobre la salud del estudiante, a menos que obtenga mi autorización (otra distinta a esta) o a menos que tal divulgación haya sido específicamente requerida o permitida por la ley. Entiendo que el distrito escolar protegerá esta información, como lo define la Ley de Derechos Educativos y de Privacidad de la Familia (FERPA) y la ley estatal, y que la información formará parte del expediente del estudiante. La información será compartida con individuos que trabajan en/con el distrito escolar con el propósito de brindar ambientes educativos, servicios y programas de salud escolares que sean seguros, apropiados y menos restrictivos. Si el estudiante se muda a otro distrito escolar, sus expedientes serán transferidos automáticamente al nuevo distrito.

SUS DERECHOS: Entiendo que tengo los siguientes derechos con respecto a esta Autorización: Puedo revocarla en cualquier momento. Mi revocación debe ser por escrito, firmada por mí o en mi representación, y entregada a las agencias/personas relacionadas con la atención médica mencionadas arriba. Mi revocación entrará en vigor en cuanto sea recibida; sin embargo, la misma no tendrá efecto alguno sobre los actos previos del distrito escolar que fueron realizados conforme a esta autorización.

APROBACIÓN:

Nombre (escriba, por favor)

Firma

Fecha

Parentesco con el paciente/estudiante

Código de área y número de teléfono