



Plan de Emergencia y Manejo del Asma

Verificado por la RN _____

Estudiante _____ Grado _____ Fecha _____

Fecha de nacimiento _____ Escuela _____ Maestro _____

Contactos de Emergencia

Nombre _____ Número _____ Relación _____

Nombre _____ Número _____ Relación _____

¿Tomará su estudiante el medicamento del asma en la escuela?

- Sí
 No—**Si no, entienda que si ocurre dificultad para respirar, se llamará al tel. 911**

Este estudiante necesita supervisión y/o asistencia con la administración del medicamento de asma.

- Sí
 No

Sección 1: Medicamentos Prescritos *(Se requiere firma del Proveedor en la pág. 2)(Provider Signature Required On Page 2)*

Nombre del Medicamento/Potencia	Dosis	Ruta*	Horario	Razón/Diagnóstico	Fecha de caucidad

Ruta = oral, inhalada, tópica, inyectable, etc. **Todos los medicamentos administrados por el personal del AASD están disponibles únicamente durante horas escolares (7:30 a.m. - 4:00 pm), no deben estar cauducados y deben ser propiamente rotulados en envase de la farmacia. Pedir en la farmacia etiquetas o envases adicionales.*

¿Qué provoca el asma de su estudiante?

- Enfermedad
 Ejercicio
 Alergias
 Aire Frío
 Otro (explicar) _____

Describir los síntomas usuales el asma de su estudiante:

- Tos
 Falta de Aliento
 Nerviosidad
 Debilidad
 Garganta irritada
 Opresión del pecho



Otro (explicar) _____

Si su estudiante no mejora en 10 a 15 minutos después de usar el inhalador o nebulizador, ¿qué pasos debe dar el personal escolar?

- Contactar a los padres
- Repetir el tratamiento
- Llamar a 911 - **Hospital seleccionado** _____

Comentarios adicionales:

Consentimiento Paterno para Manejo de la Condición de Salud Mientras se esté en la Escuela o en actividades relacionadas con la Escuela

Yo, el padre o tutor del estudiante nombrado arriba, solicito que este plan de acción se use como guía para el cuidado de mi hijo en una emergencia de salud. Estoy de acuerdo en:

- Proporcionar los suministros y equipo necesarios.
- Notificar al personal escolar o a la enfermera del distrito escolar cualquier cambio en la situación de salud del estudiante.
- Notificar al personal escolar y completar un nuevo consentimiento si hay cambios en las órdenes del proveedor de cuidados de salud del estudiante.
- Autorizo a la enfermera escolar comunicarse con el proveedor de salud primario de mi hijo o el especialista acerca de su condición de salud, según se necesite.
- El personal escolar interactuando directamente con mi hijo puede ser informado de este plan de cuidados de salud.
- Presentar nuevas formas anualmente si la condición de salud existe o informar a la escuela que la condición no existe ya.
- Firma del Padre o Tutor _____ Fecha _____

Información del Proveedor/Consentimiento (El Proveedor solo necesita firmar si el estudiante tiene medicamentos por darse en la escuela)

Nombre del Proveedor (legible) _____ Nombre de la Clínica _____

Número Telefónico _____ Número de Fax _____

Dirección _____

Firma del Proveedor _____ Fecha _____

¿Está el estudiante autorizado a llevar y autoadministrarse el medicamento? Sí o No (Circular uno)

Si es así, ¿dónde se guardará esta medicina? Mochila Casillero Otro _____

Favor de incluir el Plan de Acción del Asma si es aplicable.

Estoy de acuerdo en permitir a mi estudiante llevar el paquete de medicina (lleno o vacío) hacia y desde la escuela con propósito de mantener la medicina necesaria en la escuela para su administración y traer la medicina a casa al final del año escolar. Las sustancias controladas no deben ser transportadas por estudiantes. Sí No

**Nota al Proveedor de Cuidados de Salud - Este documento sirve como órdenes de tratamiento y medicamento. / *Note to Health Care Provider - This document serves as medication and treatment orders.*