



Estimados Padres,

Según nuestros registros, su estudiante tiene asma o ha tomado en el pasado medicamentos para el asma en la escuela. Sería útil tener información actualizada sobre el asma de su estudiante para poder así planear el cuidado de su estudiante en la escuela. Se adjunta un formulario de **Historia del Asma** que solicita información actualizada sobre su estudiante. Por favor, llénelo y devuélvalo a la enfermería antes del comienzo del próximo año escolar.

Si el próximo año su estudiante necesita tomar medicamentos durante el horario escolar o en eventos patrocinados por la escuela, por favor pídale a su proveedor de salud que complete el formulario de **Medicamentos y Plan de Tratamiento para el Asma del Proveedor de Servicios de Salud**. Traiga la Solicitud de Medicamentos y Plan de Tratamiento para el Asma del Proveedor de Servicios de Salud, junto con el permiso de los padres firmado y con el medicamento en un envase debidamente etiquetado cuando comience la escuela en el otoño.

Si usted tiene alguna pregunta, por favor contacte el departamento de servicio de salud o la enfermera de la escuela.

Cordialmente,

Angela C Radonski, BSN, RN
Nurse Administrator



**SOLICITUD DEL PROVEEDOR DE ATENCIÓN
MÉDICA
PLAN DE TRATAMIENTO Y MEDICACIÓN PARA
EL ASMA**

AÑO ESCOLAR	ESCUELA	FAX

Nombre del estudiante: _____ tiene asma y puede necesitar tomar medicamentos en la escuela.

El plan de tratamiento para controlar el asma en la escuela es el siguiente: (marque todos lo que apliquen)

Diagnóstico: Intermitente Leve persistente Moderado persistente Severo persistente

Administre medicamentos de rescate si el estudiante experimenta síntomas (*tos, dificultad para respirar, sibilancias, opresión en el pecho*)

MEDICAMENTO Y FORMULARIO DE DOSIFICACIÓN	DOSIS, TIEMPO Y MODO DE ADMINISTRACIÓN
<input type="checkbox"/> Inhalador de Albuterol <input type="checkbox"/> Con dosificador	<input type="checkbox"/> 2 (o _____) ráfagas por la boca, 5-20 minutos antes de hacer ejercicio, según sea necesario (puede repetirse con 2) <input type="checkbox"/> 2 (o _____) ráfagas por la boca cada 3-4 horas según sea necesario dependiendo de los síntomas. <input type="checkbox"/> Si no hay alivio después del tratamiento, llame al 911 y notifique al personal apropiado. <input type="checkbox"/> Otro: _____
<input type="checkbox"/> Albuterol vía nebulizador <input type="checkbox"/> Levalbuterol vía nebulizador <input type="checkbox"/> Boquilla <input type="checkbox"/> Máscara	<input type="checkbox"/> 1 unidad (dosis) cada _____ hora(s) según sea necesario dependiendo de los síntomas. <input type="checkbox"/> Puede repetirse y llamar al 911 <input type="checkbox"/> Otro: _____
<input type="checkbox"/> EpiPen <input type="checkbox"/> EpiPen Junior	Para el asma grave o en caso de una emergencia alérgica

Use el espirómetro (medidor de flujo máximo) según instrucciones adjuntas.

El estudiante debe informar a la enfermera de la escuela si usa el inhalador de Albuterol más de 4 veces al día o si el asma provoca el despertarse por la noche.

Otro:

- El estudiante ha recibido las instrucciones necesarias sobre el uso del dispositivo para administrar el medicamento.
- El estudiante ha demostrado tener la habilidad necesaria para usar el medicamento adecuadamente.
- El estudiante reconoce los síntomas del asma y buscará ayuda si es necesario.
- El estudiante puede llevar y autoadministrarse el medicamento ordenado anteriormente.

Firma del proveedor de atención médica _____

Teléfono (para aclaraciones sobre las ordenes) _____

Fax _____

Nombre del proveedor de atención médica en letra imprenta o sello _____

Fecha _____

ESTA AUTORIZACIÓN ES VALIDA ÚNICAMENTE PARA EL AÑO ESCOLAR ACTUAL

Autorización del padre/tutor:

Solicito que se le permita a la enfermera de la escuela, director o a la persona designada, administrar a mi estudiante (nombre del estudiante) _____ o que se le permita a mi estudiante cargar y autoadministrar el medicamento indicado en la parte superior y medicado por (nombre del proveedor de atención médica) _____ como se indicó anteriormente, para el _____ año escolar. El medicamento lo debo de entregar en el envase original, etiquetado por la farmacia o por el proveedor de atención médica, con el nombre del medicamento, la cantidad que debe suministrarse y cuándo debe ser suministrado. El nombre del proveedor de atención médica está en la etiqueta. Yo comprendo que mi firma indica que entiendo que la escuela no acepta ninguna responsabilidad por reacciones adversas cuando se suministra el medicamento o cuando es suministrado por mi estudiante de acuerdo con las instrucciones del proveedor de atención médica. Si el personal de la escuela me notifica que el medicamento todavía lo tienen al final del año escolar, **yo lo recogeré en la escuela o de lo contrario entiendo que será destruido.** Yo soy el padre o tutor legal del estudiante nombrado.

Firma del padre/tutor: _____

Fecha: _____

Número de teléfonos del contacto: Casa: _____ Celular: _____ Trabajo: _____ Otro: _____

EL ESTUDIANTE DEMUESTRA EL NIVEL DE HABILIDAD NECESARIO PARA LA AUTOADMINISTRACION DEL MEDICACIÓN COMO SE ORDENA ANTERIORMENTE

Firma de la enfermera de la escuela: _____

Fecha: _____

GRACIAS POR SU ATENCION. POR FAVOR DEVUELVA EL FORMULARIO COMPLETAMENTE DILIGENCIADO A LA ENFERMERA DE LA ESCUELA.

4/29/16 rfc



FORMULARIO DE HISTORIA DEL ASMA

Nombre del estudiante: _____ Fecha de nacimiento: _____

Historia tomada por: _____ Fecha: _____

Nombre del Padre/tutor: _____

Teléfono de la casa: () _____ Teléfono del trabajo: () _____

Otro contacto: _____ Teléfono: () _____

Proveedor de atención médica: _____ Teléfono: () _____

Dirección: _____

¿Cuándo se diagnosticó por primera vez el asma al estudiante? _____

¿Cuántas veces ha estado el estudiante en la sala de emergencias por asma en el último año? _____

¿Cuántas veces ha sido hospitalizado este estudiante por asma en el último año? _____

¿Ha ingresado alguna vez el estudiante a una unidad de cuidados intensivos por asma? _____ ¿Cuándo? _____

¿Cómo calificaría la gravedad del asma de este estudiante?

(no severo) 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 (severo)



¿Cuántos días calcula que este estudiante faltó el año pasado debido al asma? _____

¿Qué desencadena el asma de este estudiante?

Ejercicio Infección respiratoria Humo u olores fuertes Estrés

El humo del cigarrillo Humo de madera Polen

Animales (especifique): _____

Alimentos (especifique): _____

Alfombras Polvo interior Polvo exterior

Polvo de tiza Cambios de temperatura Moho

Otros: _____

¿Qué hace este estudiante en casa para aliviar los síntomas del asma (marque todo lo que corresponda)?

Ejercicios de respiración Descanso / relajación Beber líquidos

Toma medicamentos (vea abajo) Utiliza remedios herbales (véase más abajo)

Otros (por favor describa): _____

FORMULARIO DE HISTORIA DEL ASMA

¿Qué medicamentos toma este estudiante para el asma? (todos los días y según sea necesario):

Nombre del medicamento	Cantidad	Método de administración (nebulizador, inhalador, etc.)	Frecuencia
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____

¿Qué remedios herbales, si los hay, toma el estudiante para el asma? _____

¿Utiliza este estudiante alguna de las siguientes ayudas para controlar el asma?

- Medidor de flujo máximo (personal mejor si se conoce _____)
- Cámara de retención Espaciador Cámara de retención con mascara
- Otro: _____

Marque las necesidades especiales relacionadas con el asma de su estudiante:

- Clase de educación física Recreo/descanso Animales en el salón de clase
- Evitar ciertos alimentos Excursiones Acceso a agua
- Transporte desde y hacia la escuela Otro
- Observación de efectos secundarios de algunos medicamentos

Si marcó alguna de las casillas anteriores, describa las necesidades:

¿Ha recibido este estudiante educación sobre el asma? si no

Le gustaría información sobre el asma para: Estudiante Para usted

Firma del padre: _____ Fecha: _____

Firma de la enfermera: _____ Fecha: _____