



# Westerville City Schools

936 Eastwind Drive, Westerville, OH 43081  
Main Office (614)797-5700, Fax (614)797-5701

Estimados padres o tutores:

Según la información médica que obra en nuestro poder, su hijo/a tiene un historial de padecer asma. Para que podamos brindarle la mejor atención posible durante el horario escolar, llene los siguientes formularios:

1. Plan de acción en caso de asma (puede sustituirse por el formulario del prestador de servicios médicos, si este incluye toda la información): Deben prepararlo y firmarlo el prestador de servicios médicos Y el padre, la madre o el tutor.
2. Autorización para la posesión y uso de un inhalador para el asma por un estudiante: El prestador de servicios médicos y el padre o la madre deben llenarlo y firmarlo si se desea que el estudiante lleve consigo el inhalador durante el horario escolar. El estudiante DEBE poder demostrar que es capaz de llevar y autoadministrarse el inhalador de acción rápida, incluido cuándo avisar a un adulto si los síntomas no mejoran después de tomar la medicación.
3. Solicitud para administrar durante el horario escolar medicación recetada a un estudiante: Todos los medicamentos de venta con y sin receta que se conserven en la clínica deberán contar con una orden firmada por el prestador de servicios médicos. Si, además de los inhaladores con receta que figuren en el plan de acción en caso de asma y que se conserven en la clínica, su hijo/a necesita recibir algún otro medicamento, pida a su prestador de servicios médicos que llene y firme este formulario. Este formulario también debe firmarlo el padre, la madre o el tutor.

Comuníquese con la clínica de salud escolar si tiene alguna pregunta o duda.

Atentamente,

Enfermeras escolares del Distrito Escolar de la Ciudad de Westerville

# Plan de acción en caso de asma en casa o en la escuela



Nombre \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Clasificación de la gravedad  Intermitente  Persistente leve  Persistente moderada  Persistente grave

Desencadenantes del asma (enumerar) \_\_\_\_\_

Mejor resultado personal del medidor de flujo espiratorio máximo \_\_\_\_\_

## Nivel verde: buen estado

Síntomas: buena respiración, sin tos ni sibilancia, puede trabajar y jugar, duerme bien durante la noche  
Medidor de flujo espiratorio máximo (superior al 80 % del mejor resultado personal)

Medicamento(s) de control	Cuánto debe tomar	Cuándo y con qué frecuencia debe tomarse	Tomar en
_____	_____	_____	<input type="checkbox"/> Casa <input type="checkbox"/> Escuela
_____	_____	_____	<input type="checkbox"/> Casa <input type="checkbox"/> Escuela

Actividad física  Usar albuterol/levalbuterol \_\_\_\_\_ inhalaciones, 15 minutos antes de la actividad  con toda actividad  cuándo el menor sienta que lo necesita

## Nivel amarillo: precaución

Síntomas: algunas dificultades para respirar; tos, sibilancia u opresión en el pecho; dificultades para trabajar o jugar; pasa la noche en vela; Medidor de flujo espiratorio máximo a\_(entre el 50 % y el 79 % del mejor resultado personal)

Alivio rápido Medicamento(s)  Albuterol/levalbuterol \_\_\_\_\_ inhalaciones, cada 4 horas, según sea necesario  
Medicamento(s) de control  Continuar tomando los medicamentos del nivel verde  
 Agregar \_\_\_\_\_  Cambiar a \_\_\_\_\_

El menor debe comenzar a sentirse mejor en un plazo de 20 a 60 minutos de la administración del tratamiento de acción rápida. Si el estado del menor empeora o permanece en el nivel amarillo durante más de 24 horas, ¡seguir ENTONCES las instrucciones del NIVEL ROJO y llamar al médico inmediatamente!

## Nivel rojo: ¡obtener ayuda inmediatamente!

Síntomas: muchas dificultades para respirar; no puede trabajar o jugar; empeora, en lugar de mejorar; la medicación no ayuda; Medidor de flujo espiratorio máximo \_\_\_\_\_ (inferior al 50 % del mejor resultado personal)

¡Tomar el medicamento de acción rápida INMEDIATAMENTE!  Albuterol/levalbuterol \_\_\_\_\_ inhalaciones, \_\_\_\_\_ (frecuencia)

Llame inmediatamente al 911 si se presentan los siguientes síntomas peligrosos • Dificultad para caminar o hablar debido a la falta de aliento  
• Labios o uñas de color azul  
• Sigue en el nivel rojo después de 15 minutos

**Empleados de la escuela:** Sigán las instrucciones de los medicamentos de acción rápida de los niveles amarillo y rojo, en función de los síntomas del asma. Los únicos medicamentos que deben administrarse en la escuela son los que se indican en la sección del Nivel verde con una marca de verificación en la casilla de "Tomar en la escuela".

Tanto el prestador de servicios de atención médica como el padre, la madre o el tutor consideran que el menor ha demostrado ser capaz de llevar y autoadministrarse el inhalador de acción rápida, incluido cuándo avisar a un adulto si los síntomas no mejoran después de tomar la medicación.

### Prestador de servicios de atención médica

Nombre \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_ Teléfono (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ Firma \_\_\_\_\_

### Padres o tutores

Doy permiso para que la enfermera escolar u otro empleado de la escuela administren en la escuela los medicamentos indicados en el plan de acción.  
 Doy mi consentimiento para permitir la comunicación entre el prestador de servicios de atención médica o la clínica que prescribe el medicamento, la enfermera de la escuela, el asesor médico de la escuela y los prestadores de servicios de la clínica de salud escolar necesarios para el control del asma y la administración de este medicamento.

Nombre \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_ Teléfono (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ Firma \_\_\_\_\_

### Enfermera escolar

El estudiante ha demostrado que es capaz de llevar y autoadministrarse el inhalador de acción rápida, incluido cuándo avisar a un adulto si los síntomas no mejoran después de tomar la medicación.

Nombre \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_ Teléfono (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ Firma \_\_\_\_\_

## Departamento de Salud de Ohio (ODH)

# Autorización para la posesión y uso de un inhalador para el asma por un estudiante

De conformidad con ORC 3313.716/3313.14

Debe entregarse un formulario debidamente llenado al director de la escuela o a la enfermera antes de que el estudiante pueda portar y utilizar un inhalador para el asma en la escuela a fin de aliviar los síntomas del asma, o antes de hacer ejercicio para prevenir la aparición de los síntomas de esta patología.

Nombre del estudiante
Dirección del estudiante

**Esta sección debe contestarla y firmarla el padre, la madre o el tutor del estudiante.**

*Como padre/madre/tutor de este estudiante, autorizo a mi hijo/a a portar y utilizar un inhalador para el asma, de la forma prescrita, en la escuela y en cualquier actividad, evento o programa patrocinado por la misma o en el que esta participe.*

Firma del padre, la madre o el tutor	Fecha
Nombre del padre, la madre o el tutor	Número de teléfono del padre, la madre o el tutor para casos de emergencia (        )

**Esta sección debe contestarla y firmarla el médico del estudiante.**

Nombre y dosis del medicamento	
Fecha de inicio de la administración del medicamento	Fecha final de la administración del medicamento (si se conoce)

Procedimientos que deben seguir los empleados de la escuela si el medicamento no surte el efecto esperado
_____

Posibles reacciones adversas graves:

Para el estudiante a quien se le ha recetado (que se deban informar al médico)
Para un estudiante a quien <b>no</b> se le ha recetado y que reciba una dosis

Instrucciones especiales
_____

Firma del médico	Fecha
Nombre del médico	Número de teléfono del médico para casos de emergencia (        )

Adaptado de la Asociación de Enfermeras Escolares de Ohio

**ESCUELAS DE LA CIUDAD DE WESTERVILLE**

**SOLICITUD PARA ADMINISTRAR DURANTE EL HORARIO ESCOLAR MEDICACIÓN RECETADA A UN ESTUDIANTE**

Conforme a la Sección 3313.713 del Código Revisado de Ohio

Nombre del estudiante: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_

Dirección del estudiante: \_\_\_\_\_

Escuela: \_\_\_\_\_ Grado: \_\_\_\_\_ Maestro: \_\_\_\_\_

**SECCIÓN PARA LOS PADRES**

1. Este formulario deben llenarlo tanto los padres (sección superior) como el facultativo que receta el medicamento (sección inferior)
2. El medicamento debe conservarse en el **frasco con la etiqueta de la receta del estudiante** (las farmacias pueden proporcionar un frasco adicional para la medicación que deba administrarse a largo plazo). Los datos de la etiqueta deben coincidir con los indicados en las instrucciones del facultativo que emitió la receta. Si es un medicamento sin receta, debe conservarse en el envase original.
3. El padre, la madre o el tutor, u otro adulto responsable a petición de estos, debe entregar directamente al personal de la clínica un surtido del medicamento para no más de 2 a 4 semanas. Esto debe organizarse con antelación.
4. En caso de modificación, deberá presentarse un justificante actualizado firmado por el facultativo que recete el medicamento. Cada ciclo escolar se necesitará un nuevo formulario.

Cuando sea posible, administre la medicación fuera del horario escolar. \*CONSENTIMIENTO: Doy mi consentimiento para que el personal de la escuela se ponga en contacto directamente con el facultativo que receta el medicamento en caso de que se presente alguna de las reacciones adversas que constituyen una emergencia de las indicadas a continuación. Este consentimiento no reemplaza ni deroga el "Formulario médico de emergencia".

Firma del padre o la madre: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_  
 La firma de los padres autoriza al personal escolar a administrar la medicación recetada que se enumera a continuación.

Número de teléfono del padre o la madre: \_\_\_\_\_  
 Diurno \_\_\_\_\_ Vespertino \_\_\_\_\_

**SECCIÓN PARA EL MÉDICO**

Confirmando que este medicamento debe tomarlo: \_\_\_\_\_  
 Nombre del estudiante

**PARA LOS MEDICAMENTOS QUE DEBEN ADMINISTRARSE A DIARIO** (cuando sea posible, por favor, intente programar la administración del medicamento fuera del horario escolar)

MEDICAMENTO	DOSIS	VÍA DE ADMINISTRACIÓN	HORA DE ADMINISTRACIÓN

**PARA LOS MEDICAMENTOS QUE DEBAN TOMARSE SEGÚN SEA NECESARIO**

MEDICAMENTO	DOSIS	VÍA DE ADMINISTRACIÓN	INTERVALO ENTRE DOSIS

¿Cuál es el diagnóstico por el que se prescribe este medicamento?	
¿Hay alguna reacción adversa grave que deba notificarse al facultativo que receta el medicamento*?	
¿Hay instrucciones especiales para su administración, incluidas las condiciones de esterilidad y conservación?	
Fecha en la que debe comenzar a administrarse en la escuela:	Fecha de suspensión:

**x**  
 Firma del facultativo que receta el medicamento \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

Nombre en letra de imprenta del facultativo que receta el medicamento: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_  
 Dirección del facultativo que receta el medicamento: \_\_\_\_\_

Si se envía por fax a la escuela, es responsabilidad de los padres cerciorarse de que se reciba **NÚMERO DE FAX:** \_\_\_\_\_



# Westerville City Schools

936 Eastwind Dr., Westerville, OH 43081  
Main Office (614) 797-5700 Fax (614) 797-5701

## Vision

Our vision is  
to be the benchmark  
of educational  
excellence.

## Mission

Our mission is  
to prepare students  
to contribute  
to the competitive  
and changing world  
in which we live.

## Values

Respect  
Inclusiveness  
Community  
Communication  
Collaboration  
Innovation  
Nurturing  
Trust  
Accountability

Dear Parents/Guardians,

According to our health records, your child has a history of **Asthma**. In order for us to provide the best care possible for your student during school hours, please complete the following forms:

1. **Asthma Action Plan** (may be substituted with medical provider's form if all information included) - Must be completed and signed by medical provider AND parent/guardian.
2. **Authorization for Student Possession and Use of an Asthma Inhaler** - Medical provider and parent must complete and sign if you would like your student to carry their inhaler with them during school hours. The student **MUST** be able to demonstrate the skills to carry and self-administer their quick-relief inhaler, including when to tell an adult if symptoms do not improve after taking the medication.
3. **Request to Administer Prescribed Medication to a Student During School Hours** - All over the counter and prescribed medication kept in the clinic must have a provider's signed order on file. If your student requires medication in addition to the inhalers prescribed on the asthma action plan to be kept in the clinic, please request your medical provider complete and sign this form. A parent/guardian must also sign this form.

Please contact the school health clinic with any questions or concerns.

Sincerely,

Westerville City School District School Nurses

*Revised August 2022*

# Asthma Action Plan for Home and School



Name \_\_\_\_\_ DOB \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Severity Classification  Intermittent  Mild Persistent  Moderate Persistent  Severe Persistent

Asthma Triggers (list) \_\_\_\_\_

Peak Flow Meter Personal Best \_\_\_\_\_

## Green Zone: Doing Well

Symptoms: Breathing is good – No cough or wheeze – Can work and play – Sleeps well at night

Peak Flow Meter \_\_\_\_\_ (more than 80% of personal best)

Control Medicine(s)	Medicine	How much to take	When and how often to take it	Take at
	_____	_____	_____	<input type="checkbox"/> Home <input type="checkbox"/> School
	_____	_____	_____	<input type="checkbox"/> Home <input type="checkbox"/> School

Physical Activity  Use albuterol/levalbuterol \_\_\_\_ puffs, 15 minutes before activity  with all activity  when the child feels he/she needs it

## Yellow Zone: Caution

Symptoms: Some problems breathing – Cough, wheeze, or chest tight – Problems working or playing – Wake at night

Peak Flow Meter \_\_\_\_\_ to \_\_\_\_\_ (between 50% and 79% of personal best)

Quick-relief Medicine(s)  Albuterol/levalbuterol \_\_\_\_ puffs, every 4 hours as needed

Control Medicine(s)  Continue Green Zone medicines

Add \_\_\_\_\_  Change to \_\_\_\_\_

The child should feel better within 20–60 minutes of the quick-relief treatment. If the child is getting worse or is in the Yellow Zone for more than 24 hours, THEN follow the instructions in the RED ZONE and call the doctor right away!

## Red Zone: Get Help Now!

Symptoms: Lots of problems breathing – Cannot work or play – Getting worse instead of better – Medicine is not helping

Peak Flow Meter \_\_\_\_\_ (less than 50% of personal best)

Take Quick-relief Medicine NOW!  Albuterol/levalbuterol \_\_\_\_ puffs, \_\_\_\_\_ (how frequently)

Call 911 immediately if the following danger signs are present

- Trouble walking/talking due to shortness of breath
- Lips or fingernails are blue
- Still in the red zone after 15 minutes

**School Staff:** Follow the Yellow and Red Zone instructions for the quick-relief medicines according to asthma symptoms.

The only control medicines to be administered in the school are those listed in the Green Zone with a check mark next to “Take at School”.

Both the Healthcare Provider and the Parent/Guardian feel that the child has demonstrated the skills to carry and self-administer their quick-relief inhaler, including when to tell an adult if symptoms do not improve after taking the medicine.

### Healthcare Provider

Name \_\_\_\_\_ Date \_\_\_\_\_ Phone (\_\_\_\_) \_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ Signature \_\_\_\_\_

### Parent/Guardian

I give permission for the medicines listed in the action plan to be administered in school by the nurse or other school staff as appropriate.

I consent to communication between the prescribing health care provider or clinic, the school nurse, the school medical advisor and school-based health clinic providers necessary for asthma management and administration of this medicine.

Name \_\_\_\_\_ Date \_\_\_\_\_ Phone (\_\_\_\_) \_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ Signature \_\_\_\_\_

### School Nurse

The student has demonstrated the skills to carry and self-administer their quick-relief inhaler, including when to tell an adult if symptoms do not improve after taking the medicine.

Name \_\_\_\_\_ Date \_\_\_\_\_ Phone (\_\_\_\_) \_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ Signature \_\_\_\_\_

Ohio Department of Health

# Authorization for Student Possession and Use of an Asthma Inhaler

In accordance with ORC 3313.716/3313.14

**A completed form must be provided to the school principal and/or nurse before the student may possess and use an asthma inhaler in school to alleviate asthmatic symptoms, or before exercise to prevent the onset of asthmatic symptoms.**

Student name
Student address

**This section must be completed and signed by the student's parent or guardian.**

*As the Parent/Guardian of this student, I authorize my child to possess and use an asthma inhaler, as prescribed, at the school and any activity, event, or program sponsored by or in which the student's school is a participant.*

<b>Parent /Guardian signature</b>	Date
Parent/Guardian name	Parent/Guardian emergency telephone number (       )

**This section must be completed and signed by the student's physician.**

Name and dosage of medication	
Date medication administration begins	Date medication administration ends (if known)

Procedures for school employees if the medication does not produce the expected relief
_____

**Possible severe adverse reactions:**

To the student for which it is prescribed (that should be reported to the physician)
To a student for which it is <b>not</b> prescribed who receives a dose

Special instructions
_____

<b>Physician signature</b>	Date
Physician name	Physician emergency telephone number (       )

Adapted from the Ohio Association of School Nurses

WESTERVILLE CITY SCHOOLS

REQUEST TO ADMINISTER PRESCRIBED MEDICATION TO A STUDENT DURING SCHOOL HOURS

As Required By Section 3313.713 Ohio Revised Code

Student Name: \_\_\_\_\_ Date of Birth: \_\_\_\_\_

Student Address: \_\_\_\_\_

School: \_\_\_\_\_ Grade: \_\_\_\_\_ Teacher: \_\_\_\_\_

PARENT SECTION

- 1. This form must be completed by both the parent (top section) and the prescriber (bottom section)
2. Medication must be kept in the student's prescription labeled bottle.
3. Deliver no more than 2 -4 weeks supply of medication to school clinic staff directly by the parent/guardian
4. A revised statement signed by the prescriber must be provided for any changes.

When possible, give medication outside of school hours. \*CONSENT : I, give consent for School Staff to make direct contact with the prescriber should an emergency adverse reaction indicated below occur.

Signature of parent: \_\_\_\_\_ Date: \_\_\_\_\_
Parental signature authorizes school personnel to administer the below prescribed medication.

Parent phone number: \_\_\_\_\_
Day time \_\_\_\_\_ Evening \_\_\_\_\_

PHYSICIAN SECTION

I verify that this medication must be taken by: \_\_\_\_\_
Name of Student

FOR DAILY MEDICATIONS (When possible, please attempt to schedule medication outside of school hours)

Table with 4 columns: DRUG, DOSE, ROUTE, TIME TO BE GIVEN

FOR AS NEEDED MEDICATION

Table with 4 columns: DRUG, DOSE, ROUTE, TIME INTERVAL BETWEEN DOSES

Table with 2 columns for diagnosis, adverse reactions, special instructions, and start/expiration dates.

X
Prescriber's Signature \_\_\_\_\_ Date \_\_\_\_\_

Prescriber's Printed Name: \_\_\_\_\_ Phone: \_\_\_\_\_

Prescriber's Address: \_\_\_\_\_

If faxed to school, it is the parent's responsibility to ensure it is received FAX NUMBER: \_\_\_\_\_