
6862

Weslaco Independent School District Plan de Acción Contra el Asma

Nombre de Estudiante: _____		Fecha de nacimiento: _____	
# Teléfono del Padre/Guardián: _____			
¡Importante! Cosas que hace peor el asma: ☐ humo ☐ mascotas ☐ moho ☐ polvo ☐ polen de árbol/hierba ☐ resfriado/virus ☐ ejercicio ☐ cambio de clima: ☐ otras cosas: _____			
de Severidad: ☐ Severo persistente ☐ Moderado persistente ☐ Leve persistente ☐ Leve Intermitente			
Proceda – ¡Está haciendo bien! USE ESTAS MEDICINAS CADA DÍA PARA PREVENIR SÍNTOMAS			
Usted tiene todos estos síntomas: - Respira bien - No hay tos o sibilancias - Duerme toda la noche - Puede trabajar y jugar	MEDICINA DE CONTROL	COMO DEBERÍA TOMARLA	
		☐ Si por lo general su niño tiene síntomas de asma durante el ejercicio, déle: _____	
Información sobre flujo máximo podría ser útil para niños que no perciben bien sus síntomas		Inhaladores funciona mejor con un espaciador. Siempre use con el espaciador con mascarilla o boquilla.	
PRECAUCIÓN – ¡Detengase! Continúe con medicina de la Zona Verde y Añade:			
Si tiene estos síntomas: - Síntomas iniciales del resfriado - Contacto con alguna cosa que provoca asma - Tos - Sibilancia - Pecho apretado - Tos por la noche	MEDICINA DE RESCATE	COMO DEBERÍA TOMARLA	
	Entonces: Espere 20 minutos y evalúe si el tratamiento ayudó - Si ESTÁ EMPEORANDO NO HAY MEJORÍA después del tratamiento, PROCEDA A LA ZONA ROJA - Si HAY MEJORÍA, continúe con la medicina en dosis indicada cada 4 a 6 horas como necesario durante 24 a 48 horas Entonces: Si todavía tiene síntomas después de 24 horas, LLAME A SU MÉDICO. Si él/ella está de acuerdo: Empiece: _____ Si necesita medicina de rescate más que dos veces en una semana, llame a su médico: _____		
PELIGRO – ¡Obtenga ayuda! TOME ÉSTAS MEDICINAS Y COJA AYUDA MEDICA AHORA MISMO!			
Rápidamente, su asma está empeorando: - La medicina no le ayuda - Respiración es difícil y rápido - Las fosas nasales se abre ancha - No puede hablar bien - Se pone nervioso	MEDICINA DE RESCATE	COMO DEBERÍA TOMARLA	
	Entonces: Espere 15 minutos y evalúe si el tratamiento ayudó - Si ESTÁ EMPEORANDO o NO HAY MEJORÍA, vaya al hospital o llame 911 - Si HAY MEJORÍA, continúe con la medicina en dosis indicada cada 4 a 6 horas y llame a su médico – Dígale que está teniendo un ataque de asma y necesita una cita HOY! Entonces: Si él/ella está de acuerdo, empiece: _____		
Haga una cita con su proveedor de cuidado primario dentro de dos días a partir de una visita al ED o una hospitalización, o en cualquier momento para cualquier problema o pregunta sobre asma.			
School Nurse: Call provider for control concerns or if rescue medication is used more than 2 times/week for asthma symptoms Padre/Guardián: Llame al médico para discutir preguntas sobre control del asma o si uso de medicina de rescate es más que 2 veces/semana			
Self-Administration: ☐ This student is capable to safely and properly self-administer this medication OR ☐ This student is not approved to self-administer this medication			
Signature: _____		Provider Printed Name: _____ Date: ____/____/____	
THIS FORM IS VALID FOR ONE SCHOOL YEAR			
Padre/Guardián: OBLIGATORIO Autorizo al empleados medicos de la escuela para dar estas medicinas a mi niño/a Autorizo al estudiante para tener estas medicinas y tomárselas a si mismo Autorizo también la comunicación, entre el médico que prescribe las medicinas, la enfermera escolar, el consejero médico escolar, y profesionales de clínica basados en la escuela que es necesario para el manejo de asma y administración de estas medicinas.			
Firma del Padre/Guardián: _____		Fecha: _____	
Traiga medicinas para asma y espaciador a todas citas.			