



Sistema de Escuelas Públicas del Condado de Savannah-Chatham
PLAN DE ACCIÓN PARA EL ASMA

IMPORTANTE: este formulario debe firmarlo un médico y devolverlo a la enfermera para cualquier estudiante que requiera manejar medicamentos para el asma. Además, se requiere la autorización del médico en este formulario, así como en un formulario de autoadministración para cualquier estudiante que desee autoadministrarse medicamentos.

Nombre: _____ Grado: _____ Edad: _____ Escuela: _____

Nombre del Padre/Tutor: _____ Tel.: _____ (Trab.): _____ (Cel.): _____

Dirección: _____ Teléfono (Casa): _____

Contacto de emergencia: _____ Relación: _____ Teléfono: _____

Médico de Atención Primaria: _____ Teléfono#: _____

¡Importante! Cosas que empeoran el asma de su hijo (Desencadenantes):

- humo mascotas moho polvo árboles hierba malezas
- polen resfriados/Virus Ejercicio Temporadas otros:

Clasificación de gravedad:

- Persistente Grave Persistente Moderado Persistente Leve Intermitente.

PORCIÓN DEL MÉDICO

MEDICAMENTOS DIARIOS: Uso de estos medicamentos todos los días para prevenir los síntomas.

Tienes todos estos: Medicina diaria _____ Cantidad _____

- La respiración es buena _____
- Sin tos ni sibilancias _____
- Puede trabajar y jugar _____

MEDICAMENTOS ANTES DEL EJERCICIO: Medicamentos antes del ejercicio
SI _____ NO _____ Cantidad _____

MEDICINA DE RESCATE - ¡Espacio! Continúe con el Medicamento diario y Agregue:

Tiene alguno de los siguientes: Medicina de rescate _____ Cantidad _____

- Tos Sibilante
- Opresión en el pecho
- Dificultad para Respirar



Sistema de Escuelas Públicas del Condado de Savannah-Chatham
PLAN DE ACCIÓN PARA EL ASMA

MEDICINA DE EMERGENCIA - El asma está empeorando rápidamente: Administre medicamentos de emergencia, obtenga ayuda inmediata, comuníquese con los padres o contacto de emergencia.

Tienes estos: Medicamentos de emergencia _____ Cantidad _____

- El medicamento no ayuda en 15-20 minutos
- La respiración es difícil y rápida
- Pecho o cuello contraídos con respiraciones
- Labios/yemas de los dedos grises o azules
- Dificultad para caminar o hablar

Firma del médico: _____ **Fecha:** _____

Firma del Padre/Tutor: _____ **Fecha:** _____