

Plan de tratamiento contra el asma **SPANISH**

Patient Name: _____

Medical Record #: _____

Nombre del proveedor: _____

DOB: _____

N.º de teléfono del proveedor: _____ Completado por: _____ Fecha: _____

Medicamentos de control	Cantidad que se debe tomar	Con qué frecuencia se deben tomar	Otras instrucciones
		_____ veces por día TODOS LOS DÍAS	<input type="checkbox"/> Hacerse gárgaras o enjuagarse la boca después de tomar el medicamento
		_____ veces por día TODOS LOS DÍAS	
		_____ veces por día TODOS LOS DÍAS	
		_____ veces por día TODOS LOS DÍAS	
Medicamentos de alivio rápido	Cantidad que se debe tomar	Con qué frecuencia se deben tomar	Otras instrucciones
<input type="checkbox"/> Albuterol (ProAir, Ventolin, Proventil) <input type="checkbox"/> Levalbuterol (Xopenex)	<input type="checkbox"/> 2 inhalaciones <input type="checkbox"/> 4 inhalaciones <input type="checkbox"/> 1 tratamiento con nebulizador	Deben tomarse SÓLO en caso de ser necesario (ver debajo; comenzar en la Zona amarilla o antes de hacer ejercicio)	NOTA: Si necesita tomar este medicamento más de dos días a la semana, llame a su médico para consultar sobre la necesidad de un aumento de dosis para los medicamentos de control, y para conversar sobre su plan de tratamiento.

Instrucciones especiales en caso de que Se sienta bien, empeore o, tenga una emergencia médica.

Se siente *bien*.

- No tiene tos, resuellos, opresión en el pecho ni dificultad para respirar durante el día o la noche.
- Puede realizar las actividades habituales.



Capacidad pulmonar máxima (para personas de 5 años en adelante): es _____ o más. (80% o más de su mejor nivel de capacidad pulmonar máxima)

Su mejor nivel de capacidad pulmonar máxima (para las personas de 5 años en adelante): _____

Debe **PREVENIR** los síntomas del asma todos los días:

- Tome los medicamentos de control (mencionados arriba) todos los días.
- Antes de hacer ejercicio, adminístrese _____ dosis de _____
- Evite aquello que pueda empeorar el asma. (Ver el reverso del formulario)

Su estado *empeora*.

- Tiene tos, resuellos, opresión en el pecho, dificultad para respirar o
- Se despierta por las noches debido a los síntomas del asma, o
- Puede realizar algunas de sus actividades habituales, pero no todas.



Capacidad pulmonar máxima (para personas de 5 años en adelante): _____ a _____ (50% al 79% de su mejor nivel de capacidad pulmonar máxima)

PRECAUCIÓN. Continúe tomando los medicamentos de control todos los días, Y:

- Reciba _____ inhalaciones o _____ el medicamento de alivio rápido por medio de nebulizador. Si no vuelve a la **Zona verde** en el plazo de 20 o 30 minutos, debe tomar _____ inhalaciones o tratamientos con nebulizador más. Si no vuelve a la **Zona verde** en una hora, entonces debe:
- Aumentar _____
- Agregar _____
- Llamar _____
- Continúe usando los medicamentos de alivio rápido cada 4 horas según sea necesario. Llame al proveedor si no mejora en _____ días.

Emergencia médica

- Mucha dificultad para respirar, o
- Los medicamentos de alivio rápido no le han ayudado, o
- No puede realizar las actividades habituales, o
- Los síntomas son los mismos o empeoran después de 24 horas.



Capacidad pulmonar máxima (para personas de 5 años en adelante): menos de _____ (50% de su mejor nivel de capacidad pulmonar máxima)

ALERTA MÉDICA ¡Pida ayuda!

- Tome medicamentos de alivio rápido: _____ inhalaciones cada _____ minuto y pida ayuda de inmediato.
- Tome _____
- Llame _____

Peligro. ¡Pida ayuda de inmediato! Llame al 911 si tiene problemas para caminar o hablar debido a la dificultad para respirar, o si tiene los labios o las uñas grises o morados. Si se trata de un niño, llame al 911 en caso de que se le hunda la piel de alrededor del cuello y las costillas durante la respiración, o si el niño no responde normalmente.

Health Care Provider: My signature provides authorization for the above written orders. I understand that all procedures will be implemented in accordance with state laws and regulations. Student may self carry asthma medications: Yes No self administer asthma medications: Yes No (This authorization is for a maximum of one year from signature date.)

Healthcare Provider Signature _____

Date _____

FORMULARIO DE AUTORIZACIÓN ESCOLAR: debe ser completado por el padre, madre o tutor, y debe ser entregado a la escuela.

SPANISH

AUTORIZACIÓN Y DESCARGO DE RESPONSABILIDAD POR PARTE DEL PADRE, MADRE O TUTOR: Solicito que los miembros de la escuela ayuden a mi hijo con los medicamentos contra el asma que se detallan en este formulario y con el Plan de acción contra el asma, conforme a lo establecido por las leyes y las reglamentaciones estatales.

Sí No.

Mi hijo puede llevar consigo y administrarse a sí mismo los medicamentos contra el asma, y estoy de acuerdo en eximir al distrito y al personal escolar de toda reclamación de responsabilidad en el caso de que mi hijo sufriera alguna reacción adversa por autoadministrarse los medicamentos contra el asma:

Sí No.

Firma del padre, madre o tutor

Fecha

AUTORIZACIÓN PARA UTILIZAR O DIVULGAR LA INFORMACIÓN DE SALUD A LOS DISTRITOS ESCOLARES

Al completar este documento, usted autoriza la divulgación o el uso de la información de salud que identifica al alumno, conforme a lo establecido a continuación y en cumplimiento de las leyes federales (inclusive la HIPAA) establecidas para proteger la privacidad de dicha información. Si no proporciona toda la información requerida, es posible que esta autorización se anule.

USO Y DIVULGACIÓN DE LA INFORMACIÓN:

Nombre del paciente/alumno: _____ / _____
Apellido Nombre Inicial del segundo nombre Fecha de nacimiento

Yo, quien suscribe, autorizo por medio del presente documento a (nombre de la agencia o proveedores de atención médica):

(1) _____ (2) _____ a proporcionar información sobre la salud del niño mencionado que se encuentra en su registro médico a y desde:

La escuela o el distrito escolar al que se divulgue la información

Dirección/Ciudad y estado/Código postal

Persona de contacto en la escuela o el distrito escolar

Código de área y número de teléfono

La divulgación de la información sobre la salud se requiere por el siguiente motivo:

La información requerida se limitará a lo siguiente:

Toda la información sobre la salud; o Información específica sobre la enfermedad, como se describe:

DURACIÓN:

Esta autorización entrará en vigencia de inmediato y permanecerá en vigencia hasta _____ (escriba la fecha) o por un año a partir de la fecha en que se firmó, si no se indicó ninguna fecha.

RESTRICCIONES:

Las leyes prohíben que el Solicitante haga otro tipo de divulgación de la información sobre mi salud, a menos que el Solicitante obtenga otro formulario de autorización firmado por mí, o a menos que dicha divulgación sea requerida o permitida específicamente por las leyes.

SUS DERECHOS:

Entiendo que tengo los siguientes derechos con respecto a esta autorización: Puedo revocar esta autorización en cualquier momento. Mi revocación debe ser por escrito, debe incluir mi firma o ser efectuada en mi nombre y debe ser entregada a las agencias de atención médica o a las personas detalladas anteriormente. Mi revocación entrará en vigencia a partir del momento en que se la reciba, pero no se hará efectiva en la medida en que el Solicitante u otras personas hayan actuado según lo dispuesto en esta autorización.

DIVULGACIONES POSTERIORES:

Entiendo que el Solicitante (distrito escolar) protegerá esta información según lo establecido por la Ley para la Protección de la Igualdad de los Derechos de las Familias (Family Equal Rights Protection Act, FERPA) y que dicha información formará parte del historial educativo del alumno. La información se compartirá con las personas que trabajen en el distrito escolar o junto con éste, con el propósito de ofrecer entornos educativos y servicios y programas de salud escolar seguros, adecuados y con limitaciones mínimas.

Tengo derecho a recibir una copia de esta autorización. Posiblemente se requiera que firme esta autorización para que este alumno obtenga los servicios adecuados en el entorno educativo.

APROBACIÓN:

Nombre en letra de imprenta

Firma

Fecha

Relación con el paciente o alumno

Código de área y número de teléfono