SCS
SCOTT COUNTY SCHOOLS

Estimado padre/tutor:

De acuerdo con nuestros registros de salud, su hijo tiene antecedentes de asma que puede requiere tener un inhalador a mano para ataques de asma posible.

Se adjuntan los formularios que deben completarse por el Padre/Tutor y/o El Médico y devueltos a la Enfermera de la Escuela. **Debemos** tener la forma de acción médica junto con el inhalador para que el personal pueda usar el inhalador en caso de una emergencia. Incluso si su hijo lleva su inhalador, debemos tener la documentación adecuada para que el personal pueda ayudarlo en la administración en caso de emergencia. Por favor, asegúrese de que el médico indica en el formulario de medicación si este medicamento puede ser self-carried (cargador por si- mismo).

Esta información sobre estos formularios nos ayudará a determinar la mejor manera de ayudar a su estudiante durante el día escolar y se distribuirá al personal escolar apropiado sobre una base de necesidad de saber y puede incluir conductores de autobús, maestros sustitutos, personal de cafetería y otras personas que trabajan con su estudiante diariamente.

Para ayudar a su estudiante, por favor háganos saber de cualquier cambio en la condición médica de su estudiante o números de teléfono diurnos de emergencia.

Los siguientes formularios deben ser completados y devueltos a la escuela de su hijo al comienzo del año escolar.

- Administration of Medication Form/Administración del Formulario de Medicamentos (padre y médico)
- Asthma Individualized Health Plan/Plan de salud individualizado para el asma (padre)

Por favor, póngase en contacto con la enfermera de la escuela si tiene alguna pregunta.

¡Esperamos un gran año con su estudiante!

Enfermera del Distrito Escolar del Condado de Scott

SCS
SCOTT COUNTY SCHOOLS

Manejo de estudiantes con pautas para el asma

LAS ESCUELAS DEL CONDADO DE SCOTT están comprometidas a satisfacer plenamente las necesidades de los alumnos que tienen asma, manteniéndolos seguros, asegurándose de que alcancen todo su potencial, y estén completamente incluidos en la vida escolar. Esto puede incluir:

- Mantener registros cuidadosos de los cambios en el comportamiento y los niveles de logro para identificar a los alumnos que no están alcanzando todo su potencial.
- Asegurar que todos los alumnos con asma están totalmente incluidos en la vida escolar, actividades y salidas (día y residencial) y no están aislados ni estigmatizados.
- Dar voz a las opiniones de los alumnos con asma, por ejemplo, con respecto a sentirse seguro, respeto de otros alumnos, y lo que debe pasar durante y después de un ataque de asma.
- Ponerse en contacto plenamente con los padres y profesionales de la salud (con el permiso de los padres) para compartir información sobre la educación, la atención médica, la medicación y cualquier afectación del alumno que esto tenga en su vida escolar.
- Asegurarse de que el personal sea consciente del asma y sepa qué hacer si un alumno tiene un ataque de asma o síntomas de asma.
- Asegurar que haya un miembro capacitado del personal disponible en todo momento para entregar/ayudar con los inhaladores de rescate.
- Cada estudiante con asma tendrá un Plan de Atención Médica Individual/ Plan de Acción de Emergencia para el Asma en su lugar, que incluirá información de asma del alumno, desencadenantes, medicamentos y protocolos de emergencia.

Se espera que LOS PADRES/TUTORES sean un enlace activo para su hijo al:

- Notificar la escuela del diagnóstico de asma de su hijo o cualquier cambio en su diagnóstico.
- Llenar el y devolver el formulario de administración de medicamentos y el plan de atención médica individual/plan de acción de emergencia para el asma.
- Proporcionar información médica de una autoridad médica reconocida (RMA) aprobada por el Distrito autorizada para practicar dentro del estado de Kentucky como se indica en el IEP del estudiante, plan 504, o plan de salud.
- Proporcionar información médica actualizada según lo que se solicite por el Distrito.
- Participar en cualquier reunión o discusión sobre el plan de salud del niño.
- Notificar a la escuela de cualquier cambio relacionado con su asma.

Plan de acción para el asma en el hogar y en la escuela

Red Alergia & Asma

Nombre: Fecha de nacimiento:

Gravedad del asma: ☐ Intermitente ☐ Persistente suave ☐ Persistente moderada ☐ Persistente grave
☐ Él/ella ha tenido muchos o graves ataques de asma/exacerbaciones

☺ Zona Verde El niño debe tomar estos medicamentos todos los días, incluso cuando se siente bien

Siempre use espaciador con los inhaladores según las instrucciones

Medicamento(s) de control _____

_____

Medicamento(s) de control dado en la escuela _____

Medicamento de rescate: Albuterol/Levalbuterol _____ puffs cada cuatro horas según sea necesario

Medicamento de ejercicio: Albuterol/Levalbuterol _____ puffs 15 minutos antes de la actividad según sea necesario

😐 Zona Amarilla Comience el plan de tratamiento para enfermedad si el niño tiene tos, sibilancias, falta de aire u opresión en el pecho. El niño debe tomar todos estos medicamentos cuando está enfermo

Medicamento de rescate: Albuterol/Levalbuterol _____ puffs cada 4 horas según sea necesario

Medicamentos(s) de control

☐ Pasar a medicamentos de Zona Verde _____

☐ Agregar _____

_____

☐ Cambia _____

Si el niño está en la Zona Amarilla más de 24 horas o si empeora, pase a la Zona Roja y LLAME AL MÉDICO DE INMEDIATO

☹ Zona Roja Si la respiración es dificultosa y rápida, sobresalen las costillas, hay dificultad para caminar, hablar o dormir. **Pida ayuda ya mismo**

Tomar medicamento(s) de rescate ahora

Medicamento de rescate: Albuterol/Levalbuterol _____ puffs cada _____

Tomar: _____

_____

Si el niño no mejora de inmediato, llame al 911

Por favor, llame al doctor en cualquier momento si el niño está en la Zona Roja

Disparadores de asma: (Lista)

_____

Personal escolar: Siga los planes de la Zona Amarilla y de la Zona Roja para medicamentos de rescate según los síntomas del asma.
A menos que se estipule otra cosa, los únicos controles que se darán en la escuela son los listados en la Zona Verde como "dados en la escuela"

☐ Tanto la persona a cargo de cuidar el asma como el padre/la madre creen que el niño puede llevar y autoadministrarse sus inhaladores
☐ La enfermera escolar está de acuerdo en que el alumno se autoadministre los inhaladores

Nombre en imprenta e información de contacto de quien atiende el asma | Firma de quien atiende el asma

Fecha

Madre o padre/Tutor: Autorizo por escrito para que los medicamentos listados en el plan de acción sean dados en la escuela por la enfermera u otro personal escolar según sea apropiado. Autorizo la comunicación entre el profesional médico que prescribe el tratamiento/la clínica, la enfermera escolar, el asesor médico escolar y los proveedores de cuidados médicos que estén en la escuela necesarios para el tratamiento del asma y la administración de este medicamento.

Firma de padre-madre/tutor | Revisado por enfermera escolar:

Fecha | Fecha

Por favor, envíe una copia firmada al proveedor antes detallado

Machine Translated by Google

ESTUDIANTES 09.2241 AP.21

Formulario de Permiso para Medicamentos con Receta o de Venta Libre

Escuela: _____ Fecha de recepción del formulario por la escuela: _____

Nombre del estudiante: _____ Calificación: _____ Aula/Salón de clases: _____

Edad del estudiante: _____ Fecha de nacimiento: _____

PARA SER COMPLETADO POR EL MÉDICO O PROVEEDOR DE ATENCIÓN MÉDICA PARA RECETA Y MEDICAMENTOS SIN RECETA (OTC)

Nombre del medicamento: _____ Motivo de la medicación: _____

Forma del medicamento/tratamiento: Tableta/cápsula Líquido Inhalador Inyección Nebulizador Otro _____

Describa el horario y la dosis a administrar en la escuela: _____

Fecha de inicio: fecha de recepción del formulario Otro, según se especifique: _____

Fecha de finalización: solo para eventos episódicos/de emergencia fin del año escolar Otra fecha/duración: _____

Requisitos especiales de almacenamiento: Ninguno Refrigerar Otro _____

Restricciones y/o efectos secundarios importantes: Sin restricciones/efectos secundarios Sí. Por favor describa:

_____

NOTA: En caso de que se notifique al Director o persona designada sobre la posibilidad de una reacción adversa o extrema a un medicamento, deberá informar al maestro(s) del estudiante sobre dicha posibilidad antes de que el estudiante comience el programa de medicación.

De conformidad con KRS 158.832 a 158.836, las Escuelas del Condado de Scott permiten que un estudiante posea y se autoadministre medicamentos para el asma, la diabetes o la anafilaxia en la escuela y en funciones relacionadas con la escuela una vez que el padre/tutor y el médico del estudiante completen la siguiente información y el padre/tutor exima de responsabilidad.

Se le ha instruido al estudiante en la autoadministración del medicamento que se completará para reacciones asmáticas, diabéticas o alérgicas graves (anafilaxia) SOLAMENTE: No Se requiere supervisión No se requiere supervisión

El estudiante debe llevar este medicamento consigo: No Sí

Por favor indique información adicional: En el reverso de este formulario Como archivo adjunto

_____ _____
Firma del médico/proveedor de atención médica Fecha

_____ _____
Firma del padre/tutor Fecha

Nombre del médico/proveedor de atención médica: _____

DIRECCIÓN: _____

Teléfono #: _____ Número de fax: _____

A la escuela: Informe inquietudes sobre medicamentos o la condición del estudiante al médico/proveedor de atención médica mencionado anteriormente.

PERSONAL ESCOLAR: ASEGÚRESE DE QUE LA PÁGINA 2 DE ESTE FORMULARIO TAMBIÉN ESTÉ COMPLETADA.

Machine Translated by Google

Formulario de Permiso para Medicamentos con Receta o de Venta Libre

PARA TODOS LOS MEDICAMENTOS

Doy permiso para _____ recibir los medicamentos mencionados anteriormente en la escuela de acuerdo
Nombre del estudiante

De acuerdo con la política escolar estándar, eximo expresamente de toda responsabilidad a la escuela, sus empleados y agentes, y renuncio a cualquier responsabilidad en relación con cualquier lesión o reacción derivada de la administración del medicamento mencionado, a menos que sea consecuencia de negligencia o mala conducta de la escuela o sus empleados. En cuanto a la medicación continua, entiendo que tengo la responsabilidad final de proporcionar a la escuela un suministro adecuado de medicamentos para que se puedan seguir las indicaciones de un médico o profesional de la salud.

Fecha: _____ Firma: _____ Relación: _____

Teléfono de casa: _____ Teléfono del trabajo _____ Teléfono de emergencia _____

PARA SER COMPLETADO POR EL PERSONAL DE LA ESCUELA

Yo/Nosotros reconocemos haber recibido la declaración y autorización anteriores.

Administrador/designado _____ Fecha _____