



School Asthma Action Plan - 1

Plan de Acción Contra el Asma - 1

COLUMBIA PUBLIC SCHOOLS

Administration Building · 1818 W. Worley Street ·
Columbia, MO 65203

Nombre del estudiante: _____ Número de estudiante: _____

Student Name

Student Number

Maestro/Grupo: _____ Escuela: _____

Teacher/Team

School

1. Condiciones ambientales que pueden comenzar un episodio de este estudiante. *Triggers that might start an asthma episode for this student.*

- | | | | |
|--|---|--|--|
| ☐ Caspa animal /Animal Dander | ☐ Humo de cigarrillo, olores fuertes /Cigarette smoke, strong smells | ☐ Cucarachas / Cockroaches | ☐ Emocional (cuando se enfada)/ Emotions (when upset) |
| ☐ Ejercicio /Exercise | ☐ Alergia Alimentaria/ Food Allergy | ☐ Irritantes / Irritants | ☐ Moho / Molds |
| ☐ Pólenes /Pollens | ☐ Infecciones respiratorias / Respiratory Infections | ☐ Cambio de temperatura / Temperature Changes | |
| ☐ Otro /Other _____ | | | |

2. Control del ambiente escolar. *Control of the school environment*

- ☐ Control de medidas ambientales para evitar provocar un ataque en la escuela. _____
Environmental measures to control triggers at school.
- ☐ Medicamentos a tomar antes del ejercicio, coro, banda, etc. _____
Pre-medications (prior to exercise, choir, band, etc.)
- ☐ Restricciones dietéticas. Dietary restrictions _____

3. Monitoreo de Flujo Espiratorio Máximo. *Peak flow monitoring*

☐ Monitorizar FEV1 o Flujo Espiratorio Máximo *Monitor FEV1 or peak flow:*

Mejor Flujo Espiratorio Máximo personal _____ Tiempos de seguimiento _____
Personal best peak flow Monitoring times

4. Horario de medicación para el asma y las alergias. *Routine asthma and allergy medication schedule*

Nombre del medicamento <i>Medication Name</i>	Dosis/Frecuencia <i>Dose/Frequency</i>	Cuando administrar <i>When to Administer</i>	
		En casa <i>At Home</i>	En la escuela <i>At School</i>

5. EXCURSIONES: los medicamentos y suministros para el asma deben acompañar al estudiante en todas las excursiones. Un miembro del personal debe recibir instrucciones sobre el uso correcto de los medicamentos para el asma y traer una copia del Plan de Acción Contra el Asma y números de teléfono de contacto. *Field trips - Asthma medications and supplies must accompany student on all field trips. A staff member must be instructed on correct use of the asthma medications and bring a copy of the Asthma Action Plan and contact phone numbers.*

Nombre del Padre/Tutor _____
Parent Contact

Contacto de Emergencia _____
Emergency Contact

Teléfono del Padre/Tutor _____
Parent Number

Teléfono de Emergencia _____
Emergency Number



School Asthma Action Plan - 2

Plan de acción contra el asma - 2

COLUMBIA PUBLIC SCHOOLS

Administration Building · 1818 W. Worley Street ·
Columbia, MO 65203

Nombre del estudiante: _____ Número de estudiante: _____
Student Name Student Number
 Maestro/Grupo: _____ Escuela: _____
Teacher/Team School

Se requiere acción inmediata cuando el estudiante presenta dificultad para respirar y/o cualquiera de los siguientes signos de dificultad respiratoria. Trate siempre los síntomas incluso si no hay disponible un medidor de FEV1 o de flujo máximo. *Immediate action is required when the student exhibits shortness of breath and any one of the following signs of respiratory distress. Always treat symptoms even if a FEV1 or peak flow meter is not available.*

- | | |
|--|---|
| ✓ Tos severa / Severe cough | ✓ Saturación de O2 < 90% / O2 saturation < 90% |
| ✓ Agitación /Agitation | ✓ EV1 o PEF <70% del previsto /FEV1 or PEF < 70% predicted. |
| ✓ Opresión en el pecho /Chest tightness | ✓ Hundimiento de la pared torácica /Sucking in of the chest wall. |
| ✓ Respiración superficial y rápida /Shallow, rapid breathing | ✓ Dificultad para respirar al caminar. /Difficulty breathing when walking |
| ✓ Sibilancias /Wheezing | ✓ Dificultad para respirar al hablar. /Difficulty breathing when talking |
| ✓ Pulso > 120 /Pulse > 120 | ✓ Disminución o pérdida del conocimiento. /Decreased or loss of consciousness |
| ✓ Respiración rápida y dificultosa /Rapid, labored breathing | |
| ✓ Uñas y/o labios azules. /Blueness of fingernails & lips | |
| ✓ Prefiere sentarse /Prefers sitting | |

PASOS A SEGUIR DURANTE UN EPISODIO ASMÁTICO

Steps to Take During an Asthma Episode

1. Llame a EMS (911) si el estudiante no responde a una 2da dosis de su medicación inicial de alivio rápido y continúa presentando dificultad para respirar y uno o más de los signos anteriores de dificultad respiratoria. */Call EMS (911) if the student does not respond to a repeat of his/her initial quick relief medication and continues to exhibit shortness of breath and one or more of the above signs of respiratory distress.*
2. Iniciar el Protocolo de Manejo del Asma/Agravaciones Respiratorias de CPS. Se administrará Albuterol 2.5 mg/Ipratropio 0.5 mg (Duoneb®) mediante nebulizador por mascarilla. (proporcionado por la escuela) */Initiate CPS Management of Asthma / Respiratory Exacerbations Protocol. Albuterol 2.5 mg/Ipratropium 0.5 mg (Duoneb®) will be administered via nebulizer per face mask. (provided by school)*
3. Notificar a los padres que se ha notificado a EMS y que se ha iniciado el protocolo. */Notify parent that EMS has been notified and protocol has been initiated.*

CONSENTIMIENTO DEL PADRE/TUTOR PARA EL MANEJO DEL ASMA EN LA ESCUELA

Parent Consent for Management of Asthma at School

Yo, el padre o tutor del estudiante mencionado anteriormente, solicito que este Plan de Acción Escolar Contra el Asma se utilice para guiar el cuidado del asma de mi hijo. Estoy de acuerdo con: *I, the parent or guardian of the above-named student, request that this School Asthma Action Plan be used to guide asthma care for my child. I agree to:*

1. Proporcionar todos los medicamentos y suministros personales necesarios (tubos, mascarilla, espaciador, etc.). *Provide all necessary personal medications and supplies (tubing, mask, spacer, etc.).*
2. Notificar a la enfermera de la escuela sobre cualquier cambio en el estado de salud del estudiante. *Notify the school nurse of any changes in the student's health status.*
3. Permitir que la enfermera de la escuela informe al personal escolar apropiado que interactúa directamente con mi hijo sobre sus necesidades respiratorias mientras está en la escuela. *Allow school nurse to inform appropriate school staff interacting directly with my child of his/her respiratory needs while at school.*

Firma del padre/guardián legal _____ Fecha _____
Parent/Legal Guardian Signature Date
 Revisado por la enfermera de la escuela _____ Fecha _____
Reviewed by School Nurse Date

Teachers: If you have any information that would warrant consideration for special education and related services, in addition to the Individual Health Plan or other mitigating measures being implemented, contact the nurse to submit a referral under IDEA or Section 504.