ASTHMA Medication Administration Checklist

☐ **Prescription medication form**
- Must be completed by a healthcare provider **and** a parent/guardian.
- Medication will not be administered without a completed permission form!

☐ **Asthma Action Plan** -
- Must be completed by a healthcare provider.
- Provides guidance in urgent and emergency situations

☐ **Original Container**
- Inhaler must be accompanied by the box it came in and labeled with prescription information.

☐ ***ONLY ADULTS CAN PROVIDE MEDICATIONS TO THE SCHOOL***
- ★ Medications may not be sent to school with scholars UNLESS the self-carry section on the Action Plan is completed (self-carry option is available only for scholars in 6th - 12th grade).

Please ensure all forms are completely filled out and signed in the appropriate places.

If you have any questions or need assistance, please contact the school nurse:

Kaylynn Hayes, BSN, RN
School Nurse - Elementary
Office: 864-214-1632
Khayes@legacyearlycollege.org.

Jennifer Ramey, BSN, RN
School Nurse- Middle /High Parker
Office: 864-381-7006
jramey@legacyearlycollege.org

Nurse Fax #: 864-383-6293

Lista de verificación de administración de medicamentos para el ASMA

- ☐ **Formulario de medicamentos recetados**
  - Debe ser completado por un médico proveedor y un padre/tutor.
  - Medicamento No lo haré administrado sin un formulario de permiso completo!
- ☐ **Plan de acción contra el asma** -
  - Debe ser completado por un proveedor de atención médica.
  - Brinda orientación en situaciones urgentes y de emergencia.
- ☐ **Contenedor Original**
  - El inhalador debe ir acompañado de la caja en la que vino y etiquetado con información de prescripción.
- ☐ ***SOLO LOS ADULTOS PUEDEN PROPORCIONAR MEDICAMENTOS A LA ESCUELA***
  - ★ Los medicamentos no se pueden enviar a la escuela con los estudiantes A MENOS QUE se complete la sección de transporte personal en el Plan de acción (la opción de transporte personal está disponible solo para estudiantes de 6º a 12º grado).

Asegúrese de que todos los formularios estén completamente llenos y firmados en los lugares apropiados.

Si tiene alguna pregunta o necesita ayuda, comuníquese con la enfermera de la escuela

Kaylynn Hayes, BSN, RN
School Nurse - Elementary
Office: 864-214-1632
Khayes@legacyearlycollege.org.

Jennifer Ramey, BSN, RN
School Nurse- Middle /High Parker
Office: 864-381-7006
jramey@legacyearlycollege.org

Nurse Fax #: 864-383-629

LEGACY EARLY COLLEGE
Elementary through College

For school use only:
❑Routine
❑PRN (as needed)
Start date:_____

Permission for School Administration of Prescription Medication

Medications should be administered by a parent or guardian before or after school hours, when possible. Initial doses of a medication that a child has never taken before should not be given at school. Medication to be given at school should be accompanied by this form, completed with the prescribing physician's signature, and provided to the school in the original labeled container provided by the pharmacist who filled the prescription. "Sample" medications must be provided in a container that appropriately identifies the medication and must be accompanied by a note signed and dated by the prescribing health care provider that includes the student's name, directions for proper administration, and the name, address, and phone number of the prescribing health care provider.

_____ _____ _____
Scholar's Name | Grade | Date of Birth

Is your child allergic to any food, medicines, or other items? ☐ No ☐ Yes (If yes, list allergies)

Medication:		Dosage:
Purpose of Medication:		Route:
Time medication to be given at school:	Frequency (i.e. daily)	Note any special storage requirements: □ Refrigerate □ None (*please specify*):
Possible Side Effects:	Estimated number of days medication will be given at school (choose one): ☐_____ days ☐_____ weeks ☐ until the end of the current school year	
Stamp, Print or Type Health Care Provider's Name, & Address:		Office phone number:

HEALTH CARE PROVIDER SIGNATURE:_____

I give permission for my child to be given the above medication as prescribed. I give permission for the school nurse or school administrator to contact the health care provider named above or the pharmacist who filled the prescription to discuss this medication and my child's health. I give permission for the health care provider named above, the pharmacist, and/or their designated employees to provide information about the medication and my child's health to the school nurse or school administrator. I understand that the school may require that I agree to the school's rules about medications before this medicine will be given at school. I understand that I am responsible for notifying the school if my child's medications change in any way.

_____ _____
Signature of Parent/ Guardian | Date

_____ _____
Print Name of Parent/ Guardian | Day Phone Number

LEGACY EARLY COLLEGE
Elementary through College

Permiso para la Administración Escolar de Prescripción médica

For school use only:
❑Routine
❑PRN (as needed)
Start date:_____

Los medicamentos deben ser administrados por un padre o tutor antes o después del horario escolar, cuando sea posible. Las dosis iniciales de un medicamento que un niño nunca ha tomado antes no deben administrarse en la escuela. Los medicamentos que se administrarán en la escuela deben ir acompañados de este formulario, completados con la firma del médico que los recetó y entregados a la escuela en el envase original con la etiqueta proporcionada por el farmacéutico que surtió la receta. Los medicamentos de "muestra" deben proporcionarse en un recipiente que identifique adecuadamente el medicamento y deben ir acompañados de una nota firmada y fechada por el proveedor de atención médica que los recetó que incluya el nombre del estudiante, las instrucciones para la administración adecuada y el nombre, la dirección y el teléfono. número del proveedor de atención médica que prescribe.

_____ _____ _____
Erudito Nombre | Grado | Fecha de nacimiento

¿Es su hijo alérgico a algún alimento, medicamento u otros artículos?☐No☐Sí (En caso afirmativo, enumere las alergias)

Medicamento:		Dosis:
Propósito de la medicación:		Ruta:
Horario de medicación a administrar en el colegio:	Frecuencia (es decir, diariamente)	Tenga en cuenta cualquier almacenamiento especial requisitos: ☐Refrigerar☐Ninguno (*Por favor especifica*):
Posibles efectos secundarios:	Número estimado de días que se administra el medicamento en la escuela (elija uno): ☐_____ días☐_____ semanas ☐hasta el final del año escolar actual	
Selle, imprima o escriba a máquina el nombre y la dirección del proveedor de atención médica:		Número de teléfono de la oficina:

FIRMA DEL PROVEEDOR DE ATENCIÓN MÉDICA:_____

Doy permiso para que a mi hijo se le administre el medicamento anterior según lo prescrito. Doy permiso para que la enfermera escolar o el administrador escolar se comuniquen con el proveedor de atención médica mencionado anteriormente o con el farmacéutico que surtió la receta para hablar sobre este medicamento y la salud de mi hijo. Doy permiso para que el proveedor de atención médica mencionado anteriormente, el farmacéutico y/o sus empleados designados brinden información sobre el medicamento y la salud de mi hijo a la enfermera escolar o al administrador escolar. Entiendo que la escuela puede requerir que esté de acuerdo con las reglas de la escuela sobre medicamentos antes de que este medicamento se administre en la escuela. Entiendo que soy responsable de notificar a la escuela si los medicamentos de mi hijo cambian de alguna manera.

_____ _____
Firma del padre/tutor | Fecha

_____ _____
Escriba el nombre del padre/tutor | Número de teléfono del día

Asthma Action Plan

Scholar:_____ DOB:_____ Grade:_____

Parent/Guardian:_____ Phone number:_____

Green Zone - Daily Medication to Control Asthma

	Daily Medication	How Much	How Often
No symptoms - rescue medication not necessary.			

Exercise Induced Asthma - *our scholars have PE every day. . If treatment is needed before exercise, it will be a daily administration*

❑ No. Inhaler not needed prior to exercise.

❑Yes**.** Must take _____ puffs _____ minutes before exercise.

Yellow Zone - Rescue Medication

Cough, Wheeze, Tight Chest. **CAUTION If no relief, move to red zone**	Rescue Medicine	How Much	How Often/When
	❑ Albuterol Inhaler ❑ Other: _____		Every _____ mins/hrs Can repeat _____ times
*****Parent should contact doctor if child needs rescue meds >2 x in a week*****			
Sick Plan/Post-Flare Treatment: Albuterol Inhaler**:** _____ puffs every _____ hrs for _____ days/weeks ******Parent must notify school nurse of illness or flare in order to transition to sick plan******			

Red Zone - Severe distress.

Medication not helping, constant cough, working hard to breathe **DANGER - GET HELP**	Rescue Medicine	How Much	How Often/When
	❑ Albuterol Inhaler ❑ Other: _____		Every _____ mins/hrs Can repeat ____ times *If still in red zone after repeated treatment, call parent and/or 911*

Health Care Provider Signature:_____ Date:_____

Parent Signature:_____ Date:_____

Self-Carry/Self-Administer - *only applicable for scholars who are deemed responsible enough to carry their medication in school. The school nurse reserves the right to revoke this permission if scholar is found to be in violation of his/her medication orders.*

Health Care Provider	Parent Authorization	Student Agreement
_____ My initials here indicate that I agree that the above named scholar should be allowed to self-carry and self-administer their rescue medication. He/She has been instructed on the appropriate use of this medication and does not require adult supervision to use it.	_____ My initials here indicate that I authorize my scholar to self-carry and self-administer their rescue medication while at school or during school-sponsored events. I will not hold the school or staff liable for any injury that occurs related to my scholar self-medicating.	My signature indicates that I agree to take the above medication only as directed and that I have been educated on how to properly take this medication. I will not share this medication or misuse it. I understand that this permission will be revoked if I am found to be in violation of these rules. _____

School Nurse Signature:_____ Date Reviewed:_____

Plan de acción contra el asma

Escolar:_____ Fecha de nacimiento:_____ Grado:_____

Padre/tutor:_____ Número de teléfono:_____

Green Zone - Medicamentos diarios para controlar el asma

	Medicación Diaria	Cuánto	Con qué frecuencia
Sin síntomas: no es necesaria la medicación de rescate.			

Asma inducida por el ejercicio

❏ No. No se necesita inhalador antes del ejercicio.

❏Sí.Debe tomar _____ bocanadas _____ minutos antes del ejercicio.

Zona amarilla: medicación de rescate

	Medicina de rescate	Cuánto	Con qué frecuencia/cuándo
Tos, sibilancias, opresión en el pecho.**PRECAUCIÓN Si no hay alivio, muévase a la zona roja**	❏ Inhalador de albuterol ❏ Otro: _____		Cada _____ minutos/hora Puede repetir _____ veces
Los padres deben comunicarse con el médico si el niño necesita medicamentos de rescate >2 veces en una semana			
Plan de enfermedad/Tratamiento posterior a la exacerbación:inhalador de albuterol**:**_____ bocanadas cada _____ horas durante _____ días/semanas ****Los padres deben notificar a la enfermera de la escuela sobre la enfermedad o brote para poder transición al plan enfermo****			

Zona Roja - Angustia severa.

	Medicina de rescate	Cuánto	Con qué frecuencia/cuándo
La medicación no ayuda, tos constante, dificultad para respirar **PELIGRO - CONSIGA AYUDA**	❏ Inhalador de albuterol ❏ Otro: _____		Cada _____ minutos/hora Puede repetir ____ veces *Si todavía está en la zona roja después de repetir el tratamiento, llame a los padres y/o al 911*

Firma del proveedor de atención médica:_____ Fecha:_____

Firma de los padres:_____ Fecha:_____

Autotransporte/Autoadministración -*solo aplicable para estudiantes que se consideren lo suficientemente responsables como para llevar sus medicamentos a la escuela. La enfermera de la escuela se reserva el derecho de revocar este permiso si se descubre que el estudiante está violando sus órdenes de medicación..*

Proveedor de atención sanitaria	Autorización de los padres	Acuerdo estudiantil
_____ Mis iniciales aquí indican que estoy de acuerdo en que se le debe permitir al estudiante arriba mencionado llevar y autoadministrarse su medicamento de rescate. Él/Ella ha sido instruido sobre el uso apropiado de este medicamento y no requiere la supervisión de un adulto para usarlo.	_____ Mis iniciales aquí indican que autorizo a mi estudiante a llevar y autoadministrarse su medicamento de rescate mientras está en la escuela o durante eventos patrocinados por la escuela. No responsabilizará a la escuela ni al personal por ninguna lesión que ocurra en relación con la automedicación de mi estudiante.	Mi firma indica que acepto tomar el medicamento anterior solo según las indicaciones y que he recibido información sobre cómo tomar este medicamento correctamente. No compartiré este medicamento ni lo abusaré. Entiendo que este permiso será revocado si se descubre que estoy violando estas reglas. _____

Firma de la enfermera escolar:_____ Fecha de revisión:_____