Farmington Municipal Schools Health Services
Asthma Action Plan – Spanish Version

Padre/guardián: complete la información en esta sección superior y firme la autorización en la parte inferior de la página.				
Nombre del estudiante	**Fecha de nacimiento**	**Edad**	**Grado**	**Alergias a medicamentos**
Nombre del prescriptor		**Teléfono del prescriptor**		
Nombre del padres/guardiánes		**Teléfono de padres/guardiánes**		
Contacto de emergencia		**Teléfono de contacto de emergencia**		

Desencadenantes del asma identificados (cosas que empeoran el asma): ☐ Ejercicio ☐ Enfermedad ☐ Fumar ☐ Polen ☐ Polvo ☐ Hedor ☐ Plagas ☐ Moho/humedad ☐ Estrés ☐ Reflujo gastroesofágico ☐ Temporada: Otoño, Invierno, Primavera, Verano ☐ Animales ☐ Otro:

Prescriptor: complete la información sobre alergias, el plan de tratamiento y la autorización a continuación..

Gravedad del asma: ☐ Intermitente ***O*** Persistente: ☐ Leve ☐ Moderado ☐ Severo

SALUDABLE (Zona Verde): Le está yendo bien: tome los medicamentos de control TODOS LOS DÍAS para prevenir los síntomas

Tienes <u>TODOS</u> estos:
- Respirar es bueno
- Sin tos ni sibilancias
- Dormir toda la noche
- Puede trabajar y jugar

☐ **No** se prescribe ningún medicamento de control.
☐ _____, _____ bocanada(s) _____ veces al día.
☐ _____
☐ _____

Si el ejercicio desencadena el asma del estudiante, tome:
☐ _____, _____ bocanada(s) _____ minutos antes del ejercicio cada _____ horas según sea necesario.

PRECAUCIÓN (Zona Amarilla): ¡Disminuya la velocidad! Continuar Medicina de Zona Verde y AGREGAR:

Tienes CUALQUIERA de estos:
- Primeros signos de un resfriado
- Exposición a un desencadenante conocido
- Tos o sibilancias leves
- Opresión en el pecho
- Toser por la noche

¡NO DEJE AL ESTUDIANTE SOLO! Llame a los padres/guardiánes cuando se administren medicamentos de rescate.

☐ _____, _____ bocanada(s) cada _____ minutos / horas según sea necesario. (circle)

Si los síntomas empeoran o no mejoran después del tratamiento, VAYA A LA ZONA ROJA

EMERGENCIA (Zona ROJA): ¡TOMA ESTOS MEDICAMENTOS AHORA Y OBTÉN AYUDA MÉDICA AHORA!

Estas empeorando rapido<u>:</u>
- No puede hablar, comer o caminar bien
- Los medicamentos no ayudan
- Empeorando, no mejorando
- La respiración es difícil y rápida.
- Poniéndose nervioso

¡NO DEJE AL ESTUDIANTE SOLO! Llame al 911, comience el plan de tratamiento y luego llame al padre/guardián.

☐ _____, _____ bocanada(s) cada _____ minutos hasta que lleguen los servicios de emergencia.

Continúa en la página 2

Farmington Municipal Schools Health Services
Asthma Action Plan – Spanish Version

Nombre del estudiante	**Fecha de nacimiento**

AUTORIZACIÓN

Consentimiento de los padres/guardiánes: He recibido, revisado y entiendo la información anterior. Apruebo este plan. Doy mi permiso para que la enfermera de la escuela y el personal escolar capacitado sigan este plan, administren medicamentos y se comuniquen con quien receta, si es necesario. Asumo toda la responsabilidad de proporcionar a la escuela los medicamentos recetados y cualquier otro artículo necesario para el cuidado de mi estudiante. Doy mi permiso para que la escuela comparta la información anterior con el personal de la escuela que necesita saber sobre la condición de mi hijo.

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

Quiero que me notifiquen cada vez que se administre un medicamento en este formulario a mi estudiante. ☐ Si ☐ No
Confirmo que el estudiante es capaz de llevar y administrar adecuadamente los medicamentos mencionados anteriormente ☐ Si ☐ No
En caso afirmativo, consulte a la enfermera de la escuela para obtener documentación adicional.

Firma del prescriptor: _____

Fecha: _____

- ☐ Administración de medicamentos/inhalador por personal capacitado
- ☐ El estudiante puede autoadministrarse bajo supervisión directa
- ☐ El estudiante puede llevar consigo medicamentos/inhaladores.

Firma del enfermero de la escuela: _____ **Fecha:** _____