

Asthma Action Plan for Home & School

Name:

Birthdate:

Grade:

Asthma Severity:

- ☐ Intermittent ☐ Mild Persistent ☐ Moderate Persistent ☐ Severe Persistent
☐ He/she has had many or severe asthma attacks/exacerbations

 **Green Zone** Have the child take these medicines every day, even when the child feels well.

Always use a spacer with inhalers as directed.

Controller Medicine(s): _____

Controller Medicine(s) Given in School: _____

Rescue Medicine: Albuterol/Levalbuterol _____ puffs every four hours as needed

Exercise Medicine: Albuterol/Levalbuterol _____ puffs 15 minutes before activity as needed

 **Yellow Zone** Begin the sick treatment plan if the child has a cough, wheeze, shortness of breath, or tight chest. Have the child take all of these medicines when sick.

Rescue Medicine: Albuterol/Levalbuterol _____ puffs every 4 hours as needed

Controller Medicine(s):

☐ Continue Green Zone medicines: _____

☐ Add: _____

☐ Change: _____

If the child is in the **yellow** zone more than **24** hours or is getting worse, follow **red** zone and call the doctor right away!

 **Red Zone** If breathing is hard and fast, ribs sticking out, trouble walking, talking, or sleeping.
Get Help Now

Take rescue medicine(s) now

Rescue Medicine: Albuterol/Levalbuterol _____ puffs every _____

Take: _____

If the child is not better right away, call 911

Please call the doctor any time the child is in the red zone.

Asthma Triggers: (List)

School Staff: Follow the Yellow and Red Zone plans for rescue medicines according to asthma symptoms.

Unless otherwise noted, the only controllers to be administered in school are those listed as "given in school" in the green zone.

☐ Both the asthma provider and the parent feel that the child may carry and self-administer their inhalers (validate on medication form)

Attach to Authorization to Administer Medication During School Hours

Nombre: _____ Fecha de nacimiento: _____ Grado: _____

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

Medicamento(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

Adjuntar al AUTORIZACIÓN PARA ADMINISTRAR MEDICAMENTOS DURANTE HORARIO ESCOLAR

Mt. Diablo Unified School District

Concord, California

AUTHORIZATION TO ADMINISTER MEDICATION DURING SCHOOL HOURS

Student Name _____ Birthdate _____ Grade _____
Parent/Guardian _____ Home Phone _____ Mobile _____
School _____ School Fax _____ Teacher _____

Education Code 49423, 49423.1 Any pupil who is required to take, during the regular school day, medication prescribed for him/her by a licensed healthcare provider, may be assisted by the school nurse or other designated school personnel or may carry and self-administer prescription auto-injectable epinephrine or inhaled asthma medication if the school district receives a written statement from the healthcare provider detailing the name of the medication, method, amount, and time schedules.

PART I—PARENT/GUARDIAN AUTHORIZATION *(to be completed by parent/guardian)*

I hereby request volunteer unlicensed school personnel assist my child with taking medication(s) as stated below according to healthcare provider. I understand all medication must be in the original appropriately labeled container. I understand I am required to pick up medication within one week after the last day of school or the medication will be disposed of. I also give consent for exchange of information between healthcare provider and Mt. Diablo Unified School District school personnel to communicate on matters related to this medication. I hereby release the school district and school personnel from civil liability if the student suffers an adverse reaction as a result of self-administering the medication.

Parent/Guardian Signature

Date

PART II—HEALTHCARE PROVIDER AUTHORIZATION *(to be completed by provider)*

Name of Medication	Diagnosis / Indication	Dosage	Route	Time / Frequency

Please attach a list of potential side effects of the above prescribed medications.

I acknowledge volunteer unlicensed school personnel may assist student with the above prescribed medications.

Healthcare Provider Signature

Date

License #

Please Print or Stamp →

Provider Name
Practice Name / Address
Contact Phone

--

PART III—OPTIONAL STUDENT SELF-CARRY / SELF-ADMINISTRATION

Student may self-carry and administer:

Student has been instructed and shows competency in use of listed medication(s).

Name of Medication(s)

Healthcare Provider Signature

Parent/Guardian Signature

Reviewed by _____ on _____
Site Administrator Date

Copy to: ___ nurse ___ cum ___ med binder

Mt. Diablo Unified School District

Concord, California

AUTORIZACIÓN PARA ADMINISTRAR MEDICAMENTOS DURANTE HORARIO ESCOLAR

Nombre Estudiante _____ Fecha de Nacimiento _____ Grado _____
Padre/Apoderado _____ Teléf. de Casa _____ Celular _____
Escuela _____ Fax de Escuela _____ Maestro _____

Código de Educación 49423, 49423.1 Cualquier estudiante que requiera tomar, durante un día regular de escuela, medicamentos prescritos por un proveedor autorizado de cuidado de salud, puede ser ayudado por la enfermera de la escuela u otro personal asignado o puede llevar y auto administrarse epinefrina auto inyectable o medicación para asma si el distrito escolar recibe un documento escrito por el proveedor de cuidado de salud detallando el nombre del medicamento, método, cantidad, y horas para tomarlo.

PARTE I—AUTORIZACIÓN DEL PADRE/APODERADO (a completarse por padre/apoderado)

Por la presente solicito personal voluntario escolar sin licencia para ayudar a mi hijo(a) a tomar sus medicamentos tal como se indica en líneas abajo de acuerdo al proveedor médico. Entiendo que todos los medicamentos deben estar en un envase etiquetado adecuadamente. Entiendo que debo recoger los medicamentos dentro de una semana después del último día de clases o la medicina será desechada. También doy consentimiento para el intercambio de información entre el proveedor de cuidado de la salud y el personal del Distrito Escolar Unificado de Mt. Diablo para comunicarse sobre asuntos relacionados a este medicamento. Por la presente libero al distrito escolar y al personal de la escuela de responsabilidad civil si el estudiante sufre una reacción adversa como resultado de auto administrarse el medicamento.

Firma del Padre/Apoderado

Fecha

PARTE II—AUTORIZACIÓN DEL PROVEEDOR DE CUIDADO DE SALUD (a completarse por proveedor)

Nombre de Medicamento	Diagnóstico/Indicación	Dosis	Método	Hora / Frecuencia

Por favor, adjunte una lista de posibles efectos secundarios de los medicamentos antes descritos.

Estoy de acuerdo en que personal voluntario escolar sin licencia ayude a mi estudiante con los medicamentos antes descritos.

Firma del Proveedor de Cuidado de Salud

Fecha

Licencia #

Letra Imprenta o Sello →
Nombre del Proveedor
Nombre/Dirección Oficina
Teléfono

PARTE III—PARA LLEVAR / AUTO-ADMINISTRACIÓN OPCIONAL DEL ESTUDIANTE

Estudiante puede llevar y administrar:

Al estudiante se le ha enseñado y muestra
competencia en el uso de los medicamentos enumerados.

Nombre del medicamento(s)

Firma Proveedor de Cuidado de Salud

Firma del Padre/Apoderado

Revisado por _____ el _____
Administrador de la Escuela Fecha

Copia a: _____ nurse _____ cum _____ med binder



MT. DIABLO UNIFIED SCHOOL DISTRICT
JAMES W. DENT EDUCATION CENTER
1936 Carlotta Drive, Concord, California 94519-1397
www.mdusd.org • (925) 682-8000

Providing Medication to the School

Please bring medication to front office with the following:

- ❖ properly labeled, in a bag with student's name and grade
- ❖ medication in original container with expiration date
- ❖ *AUTHORIZATION TO ADMINISTER MEDICATION DURING SCHOOL HOURS* form completed and signed by parent and doctor
- ❖ For prescription medication the container also shall bear:
 - the name and telephone number of the pharmacy
 - the student's identification
 - the name and phone number of the authorized health care provider

Proveyendo Medicamentos a la Escuela

Por favor trae la medicina(s) a la oficina con lo siguiente:

- ❖ Etiquetado en una bolsa con el nombre y grado del estudiante
- ❖ Medicina en el contenedor original con fecha de caducidad
- ❖ Forma de *AUTORIZACIÓN PARA ADMINISTRAR MEDICAMENTOS DURANTE HORARIO ESCOLAR* completada y firmado por el padre y proveedor medico
- ❖ Para medicamentos de receta el contenedor tendrá:
 - Nombre y teléfono de farmacia
 - Identificación del estudiante
 - Nombre y teléfono de proveedor medico autorizado