ASMA

Distrito Escolar de Mamaroneck

PLAN DE ACCIÓN DE EMERGENCIA

Nombre del estudiante: _____ Fecha de nacimiento: _____ Grado/clase: _____

Escuela: ❒ Central ❒ Chatsworth ❒ Mamaroneck Avenue ❒ Murray ❒ Hommocks ❒ High School ❒ Otra _____

ID CON FOTO

Madre/Tutor: _____ (Casa) _____

(Cel): _____ (Trabajo) _____

Padre/Tutor: _____ (Casa) _____

(Cel): _____ (Trabajo) _____

Contacto de emergencia: _____ (Casa) _____

(Cel): _____ (Trabajo) _____

Doctor de asma: _____ Teléfono: _____

Médico de atención primaria: _____ Teléfono: _____

Los signos de un ataque de asma incluyen:

- ✓ dificultad para respirar; opresión en el pecho; dolor en el pecho
- ✓ picazón en la barbilla o el cuello; el cuello se siente raro
- ✓ dificultad para respirar; respiración rápida
- ✓ estudiante está encorvado(a) para respirar
- ✓ los labios o las uñas se vuelven azules o grises
- ✓ tos o sibilancias
- ✓ el estudiante parece inquieto(a) o ansioso(a)
- ✓ pecho o cuello contraídos al respirar
- ✓ detiene la actividad y se queda quieto(a)

LA GRAVEDAD DE LOS SÍNTOMAS PUEDE CAMBIAR RÁPIDAMENTE. ¡TODOS LOS SÍNTOMAS ANERIORES PUEDEN POTENCIALMENTE PROGRESAR A UNA SITUACIÓN QUE AMENAZA LA VIDA!

ACCIÓN:

1. Llame a la enfermera escolar o a la administración si la enfermera escolar no está disponible.
2. Si se sospecha un ataque de asma, proporcione un inhalador o ayude al estudiante auto-dirigido(a) a administrar su propio inhalador.
3. Los tratamientos con nebulizador solo pueden ser administrados por la enfermera escolar.
4. Vigile los síntomas.

SI LOS SÍNTOMAS EMPEORAN:

5. No deje solo al estudiante.
6. Llame al 911.
7. Llame a los padres o tutores.
8. Informe a la administración de la escuela que se ha llamado al 911.
9. Mantenga la calma del estudiante.

Medicamentos de emergencia para el asma:

Nombre del medicamento del inhalador del estudiante: _____ Administre____ inhalaciones según lo indique el proveedor de atención médica.

❒ Marque aquí si utiliza un espaciador con el inhalador de dosis médica.

Comentarios/Instrucciones especiales: _____

Firma del padre/tutor: _____ Fecha: _____

Firma del proveedor de atención médica: _____ Fecha: _____

La firma de los padres otorga permiso para hablar con el médico/profesional del estudiante y con el personal de la escuela según sea necesario.

PADRES – POR FAVOR COMPLETEN EL OTRO LADO DEL FORMULARIO

FORMULARIO DE INFORMACIÓN DE ASMA

Estimado(s) Padre(s) o Tutor(es),

Por favor complete el formulario de información adjunto y devuélvalo a la oficina de salud lo antes posible. Si ocurre algún cambio durante el año escolar, por favor notifique a la enfermera escolar.

Nombre del estudiante:_____ Grado/clase:_____

Plan diario de manejo de asma

❒ Identifique los desencadenantes de asma que se aplican a su hijo(a):

- O Ejercicio
- O Olores o vapores fuertes
- O Mohos
- O Animales
- O Alfombras en la habitación
- O Pólenes
- O Cambio de temperatura
- O Infecciones respiratorias
- O Comida: _____
- O Otros: _____

❒ Describa los tipos de síntomas que su hijo(a) experimenta (por ejemplo, sibilancias, tos, opresión, otros):

_____.

❒ ¿Qué suele ayudar si su hijo(a) tiene una exacerbación del asma?_____.

❒ Medicamentos que su hijo(a) toma en casa para el asma:

Nombre	Dosis	Frecuencia
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____

❒ Efectos secundarios del medicamento que experimenta su hijo(a):_____.

❒ ¿Su hijo(a) usa un medidor de flujo máximo? O Sí O No

Si es así, ¿cuál es el mejor flujo máximo actual del niño(a)? _____

❒ Número de veces que el niño(a) ha sido llevado a un centro de emergencia por una exacerbación aguda de asma en los últimos 12 meses: _____

❒ Información adicional/instrucciones: _____

Firma del padre/tutor:_____ Fecha: _____

INHALADORES DE ASMA EN LA ESCUELA:

El estudiante acude a la oficina de salud donde se guarda el inhalador y lo utiliza bajo supervisión. La ventaja es que el medicamento se usará correctamente, en la cantidad adecuada y se mantendrán registros. Varios estudiantes guardan sus inhaladores en la oficina de salud y vienen antes de educación física, el recreo o cuando sea necesario. Los estudiantes independientes pueden llevar sus propios inhaladores. Los estudiantes de primaria deberán mantener un inhalador adicional en la oficina de salud.

Todos los medicamentos traídos a la escuela deben ir acompañados de una orden escrita del médico, con una nota de permiso firmada por los padres. El medicamento debe estar en su envase original, claramente etiquetado por su farmacia. Los formularios están disponibles con la enfermera escolar.

POR FAVOR COMPLETE EL OTRO LADO DE ESTE FORMULARIO

ESCUELAS PÚBLICAS DE

MAMARONECK

1000 W. Boston Post Rd.

Mamaroneck NY 10543

914-220-3000

CONSENTIMIENTO PARA LIBERAR INFORMACIÓN MÉDICA

Escuela: ○ Central ○ Chatsworth ○ Mamaroneck Avenue ○ Murray
○ Hommocks ○ High School ○ Other _____

Fecha: _____

Nombre del médico/profesional: _____

Dirección: _____

Ciudad/Pueblo; Estado; Código postal: _____

Teléfono: _____

Nombre del estudiante: _____

Fecha de nacimiento: _____

Para: Médico/profesional

Por favor libere toda la documentación médica y/u otra información del paciente nombrado arriba a la enfermera escolar y/o al médico escolar como sea requerido por un representante de la Oficina de Salud del Distrito.

_____ _____

Firma del padre/Tutor Fecha

LA FIRMA DEL PADRE/TUTOR DENOTA PERMISO PARA COMPARTIR INFORMACIÓN CON LOS EMPLEADOS CONFORME SEA NECESARIO.

ENFERMERAS ESCOLARES: MAUREEN CREAN, RN MCREAN@MAMKSCHOOLS.ORG
DINA MURPHY, RN DMURPHY@MAMKSCHOOLS.ORG

TELÉFONO DE LA ENFERMERA DE LA ESCUELA: 914-220-3111/3112
FAX DE LA ENFERMERA DE LA ESCUELA: 914-220-3114

MAMARONECK UNION FREE SCHOOL DISTRICT

Provider and Parent Permission to Administer* ASTHMA/MDI* Medication at School/School - Sponsored Events

To Be Completed by Parent

Student Name: _____ DOB: _____

Grade: _____ Teacher/Counselor_____ School: _____

I request the school nurse give the medication listed on this plan; trained staff may assist my child to take their own medications. I will provide the medication in the original pharmacy or over the counter container. This plan will be shared with school staff caring for my child.

_____ _____

Parent/Guardian Signature **Date**

_____ _____

Email **Phone Where We Can Reach You**

To Be Completed by Health Care Provider-Valid for the School Year

Diagnosis: Asthma _____

Medication: _____ **MDI Spacer ☐ YES ☐ No**

Dose: ____puffs Q ____ hours **Route: Inhaled** **Time: PRN**

Recommendations: Administer for cough, wheeze, dyspnea, SOB, chest tightness
Use Spacer if Provided

☐ **Independent Carry and Use Attestation Attached (Required for Independent Carry and Use)**
NYS law requires both provider attestation that the student has demonstrated they can effectively self- administer inhaled respiratory rescue medications, epinephrine, Insulin, glucagon and diabetes supplies or other medications which require rapid administration along with parent/guardian permission delivery to allow this option in school. Check this box and attach the attestation to this form to request this option.

_____ _____

Name/Title of Prescriber (Please Print) **Date**

_____ _____

Prescriber's Signature **Phone**

Stamp

PLEASE RETURN TO THE SCHOOL NURSE

MAMARONECK UNION FREE SCHOOL DISTRICT

PROVIDER ATTESTATION AND PARENT PERMISSIONS FOR INDEPENDENT MEDICATION CARRY AND USE

Directions for the Health Care Provider: This form may be used as an addendum to a medication order which does not contain the required diagnosis and attestation for a student to independently carry and use their medication as required by NYS law. A **provider order** and **parent/guardian permission** are needed for a student to carry and use medications that require rapid administration to prevent negative health outcomes. These medications should be identified by checking the appropriate boxes below.

Student Name: _____ **DOB:** _____

Health Care Provider Permission for Independent Use and Carry

I attest that this student has demonstrated to me that they can self-administer the medication(s) listed below safely and effectively and may carry and use this medication (with a delivery device if needed) independently at any school/school- sponsored activity. Staff intervention and support is needed only during an emergency. This order applies to the medications checked below:

This student is diagnosed with:

- ❑ Allergy and requires Epinephrine Auto-injector and/or Epinephrine Nasal Spray
- ❑ Allergy and requires Antihistamine
- ❑ Asthma or respiratory condition and requires Inhaled Respiratory Rescue Medication
- ❑ Diabetes and requires Insulin/Glucagon/Diabetes Supplies
- ❑ _____ (State Diagnosis) which requires rapid administration of _____ (Medication Name)

Signature: _____ Date: _____

Parent/Guardian Permission for Independent Use and Carry

I agree that my child can use their medication effectively and may carry and use this medication independently at any school/school-sponsored activity. Staff intervention and support is needed only during an emergency.

Signature: _____ Date: _____

STAMP

PLEASE RETURN TO THE SCHOOL NURSE