

# Plan de Acción de Emergencia del Asma

Nombre del Estudiante: \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_ Escuela: \_\_\_\_\_ Grado \_\_\_\_\_

Padre/Guardián: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_




Contacto de Emergencia: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

**HEALTH CARE PROVIDER COMPLETE ALL ITEMS/PROVEEDOR DE ATENCIÓN MÉDICA COMPLETA ESTA PARTE**

QUICK RELIEF MEDICATION:  Albuterol  Use spacer with inhaler (MDI)  Other: \_\_\_\_\_  
 Student may exhibit the following side effects: Increased heart rate, shakiness, other: \_\_\_\_\_

TRIGGERS:  Weather  Illness  Exercise  Smoke  Dust  Pollen  Poor Air Quality  Other:  
 Life threatening allergy specify: \_\_\_\_\_

QUICK RELIEF INHALER ADMINISTRATION:  
 Student needs supervision or assistance to use inhaler. Student will not self-carry inhaler. Location: \_\_\_\_\_  
 Student understands proper use of asthma medications, and in my opinion, can self-carry and use his/her inhaler at school independently with approval from school nurse and completion of contract.

IF YOU SEE THIS/SI USTED VE ESTO		DO THIS/HAGA ESTO	
<b>Zona Verde:</b> No síntomas Pretatar		La respiración es buena. Sin tos ni sibilancias	Use su medicamento de mantenimiento recetado diariamente para mantenerse en la zona verde.  Inhale / 5-15 minutos antes de ejercitar, usa <input type="checkbox"/> Albuterol inhalar tantas veces _____
<b>Zona Amarilla:</b> Leve Síntomas		Sibilancias tos frecuente Opresión en el pecho No poder hacer actividades	Administre: Inhalador de albuterol <input type="checkbox"/> 2 inhalaciones <input type="checkbox"/> 4 inhalaciones <input type="checkbox"/> con espaciador otro _____ Si no mejora en 15 minutos puede repetir: Inhalador de albuterol <input type="checkbox"/> 2 inhalaciones <input type="checkbox"/> 4 inhalaciones <input type="checkbox"/> con espaciador otro _____ Quédese con el estudiante y mantenga la posición sentada. El estudiante puede volver a sus actividades normales, una vez que los síntomas se hayan aliviado. Notificar al padre/guardián. <b>Si los síntomas no mejoran o empeoran, siga la ZONA ROJA.</b>
<b>Zona Roja:</b> Severa Síntomas severos emergencia		Medicine is not helping. Struggling to breathe Breathing is fast. Nose opens wide. Can't walk. Ribs show when breathing Can't talk well	<b>CALL 911</b> Continúe usando el medicamento de alivio rápido según lo indicado hasta que llegue el EMS. Quédese con el estudiante y mantenga la calma. Fomentar respiraciones lentas y profundas. Notificar a los padres/guardianes. Notifique a la enfermera de la escuela.

**This order remains in effect for the current academic year only and must be renewed each school year. The administration of this medication/treatment to the student during the school day is necessary to maintain and support the student's continued presence in school.**

**Esta orden permanece vigente sólo durante el año académico actual y debe renovarse cada año escolar. La administración de este medicamento/tratamiento al estudiante durante el día escolar es necesaria para mantener y apoyar la presencia continua del estudiante en la escuela.**

\_\_\_\_\_  
Health Care Provider Signature

\_\_\_\_\_  
Date

\_\_\_\_\_  
Phone Number/Office Stamp

### PERMISO DEL PADRE/GUARDIÁN

Por la presente doy mi permiso para que mi hijo(a) \_\_\_\_\_ reciba medicamentos/tratamiento durante el horario escolar. Este medicamento/tratamiento ha sido ordenado y recetado por un médico con licencia. Por la presente doy permiso para que la enfermera de la escuela se comunique con el médico que receta sobre el medicamento/tratamiento recetado. Por la presente libero a la Junta Escolar y sus agentes y empleados de toda responsabilidad que pueda resultar de que mi hijo/a tome el medicamento/tratamiento recetado. Este consentimiento es válido por un año y puede ser revocado en cualquier momento.

Proporcionaré todos los medicamentos para usar en la escuela en un recipiente debidamente etiquetado por un farmacéutico con información de identificación (nombre del niño, medicamento administrado, dosis recetada, hora/frecuencia en que debe administrarse o tomarse, la vía de administración, el número de dosis en el envase y la fecha de caducidad del medicamento). Todos los medicamentos de venta libre incluirán la orden de administración (primera parte de este formulario de autorización firmada por el médico) con los datos identificativos (nombre del niño, medicamento dispensado, dosis prescrita según etiqueta y horario de administración). o tomado), con el medicamento en el envase original.

Reemplazaré este medicamento cuando expire. Retiraré este medicamento de la escuela el último día de clases. Entiendo que los medicamentos que no sean recogidos serán destruidos después del último día de clases.

Firma del padre o guardián: \_\_\_\_\_

Números telefónicos): \_\_\_\_\_

#### Lista de Verificación de Competencia del Estudiante con la Enfermera para Medicamentos Autoadministrados

- He verbalizado el nombre de mi medicamento, le he informado a la enfermera cómo se receta y he demostrado competencia en el uso de este medicamento.
- Usaré este medicamento (y cualquier equipo que lo acompañe) solo según las indicaciones de mi profesional de la salud.
- No compartiré mi medicamento con nadie. Compartir medicamentos o usarlos de forma diferente a la prescrita resultará en una acción disciplinaria.
- Notificaré a un maestro o miembro del personal si tengo dificultades o necesito ver a la enfermera.
- Mantendré mis medicamentos conmigo en todo momento mientras esté en la escuela—ubicación \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Firma del Estudiante

\_\_\_\_\_  
Firma de la Enfermera (o personal entrenado)

\_\_\_\_\_  
Fecha