

PLAN DE MANEJO DEL ASMA Y AUTORIZACIÓN PARA LA ADMINISTRACIÓN DE MEDICINAS

PARA SER LLENADO POR EL PADRE O MADRE:

Nombre del Paciente _____ Fecha de Nacimiento _____ Escuela _____ Grado _____
 E-mail de la Escuela _____ Fax de la Escuela (_____) _____
 Padre o Encargado _____ Teléfono (C) _____ Teléfono (T) _____
 Tel (celular) _____ E-mail _____
 Contacto de Emergencia _____ Relación _____ Teléfono _____
 Proveedor de Atención del Asma _____ Teléfono de la Oficina (_____) _____
 E-mail de la Oficina _____ Fax de la Oficina (_____) _____ (marque el mejor contacto)

PARA SER LLENADO POR EL PROVEEDOR DE ATENCIÓN

MEDICAMENTO DE RESCATE (para alivio rápido): _____

	OBSERVACIÓN	TRATAMIENTO		
ROJA	<p>ZONA ROJA: SEÑALES DE PELIGRO</p> <ul style="list-style-type: none"> Muy corto de respiración, o Las medicinas de rescate no han ayudado, o No puede hacer sus actividades regulares, o Los síntomas son los mismos o empeoran después de estar 24 horas en la Zona Amarilla <p>ZONA ROJA: SEÑALES DE EMERGENCIA</p> <ul style="list-style-type: none"> Los labios o las ungas están azules o grises Dificultad para caminar y para hablar debido a la respiración entrecortada Pérdida del conocimiento 	<ul style="list-style-type: none"> Administre la medicina de rescate: <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 6 bocanadas (1 minuto entre bocanadas) o 1 tratamiento con el nebulizador Llame al padre y, o al Proveedor de Atención para el Asma Llame AHORA al 911 si: <ol style="list-style-type: none"> No ha podido conseguir al proveedor de atención médica después de haber llegado a la zona roja El niño está luchando para respirar y no se ha mejorado después de haber inhalado el albuterol Puede repetir la medicina de rescate cada 10 minutos si los síntomas no se mejoran, hasta que llegue ayuda médica o usted esté en la sala de emergencias 		
AMARILLA	<p>ZONA AMARILLA: PRECAUCIÓN</p> <ul style="list-style-type: none"> Tos, sibilancia, opresión del pecho, o respiración entrecortada, o Despertándose en la noche debido al asma, o Puede hacer algunas de mis actividades regulares, pero no todas 	<ul style="list-style-type: none"> Continúe tomando a diario los medicamentos de control Administre la medicina de rescate: <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 6 bocanadas (1 minuto entre bocanadas) o 1 tratamiento con el nebulizador cada 4 horas cuando sea necesario Esperar 10 minutos y vuelva a revisar los síntomas Si no hay mejora, vaya a la ZONA ROJA Si los síntomas mejoran, puede regresar a clase, o hacer sus actividades normales, o _____ <hr/> <ul style="list-style-type: none"> Padre o Enfermera Escolar: Si los síntomas permanecen mejorados, haga arreglos para administrar medicamentos de rescate cada 4 horas <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3, si es necesario. Si los síntomas no se han ido después de <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 días, muévase a la ZONA ROJA 		
VERDE	<p>ZONA VERDE: BIEN</p> <ul style="list-style-type: none"> Sin tos, sibilancia, opresión del pecho, o la respiración entrecortada durante el día o la noche Puede hacer actividades regulares 	MEDICAMENTO	CANTIDAD	CUANDO
				Antes del Ejercicio <input type="checkbox"/> Receso <input type="checkbox"/> Edu Física o Deporte <i>(no exceda más de 4 horas)</i>
		MEDICINA DIARIA DE CONTROL	CANTIDAD	CUANDO

- Administre los medicamentos según se indica arriba
- Al estudiante se le ha enseñado el uso apropiado de sus medicamentos para el asma, y en mi opinión, el o ella puede llevar y utilizar el inhalador en la escuela
- El estudiante necesita ser supervisado o necesita ayuda para utilizar su inhalador
- El estudiante **NO** debe cargar su inhalador mientras está en la escuela Haga que el estudiante utilice un espaciador con el medicamento inhalante

FIRMA DEL PROVEEDOR DE ATENCIÓN DEL ASMA

NOMBRE DEL PROVEEDOR EN LETRA DE MOLDE

FECHA

Doy permiso a la enfermera escolar y a cualquier empleado pertinente a la atención de mi niño a que siga este plan, administre el medicamento y atienda a mi niño, que contacte a mi proveedor de atención del asma si es necesario y envíe este formulario por fax o email a la escuela de mi niño o lo comparta con el personal de la escuela según las directrices de FERPA. Asumo toda la responsabilidad de proporcionar a la escuela el medicamento recetado y los aparatos de observación y suministro.

FIRMA DEL PACIENTE

FECHA