

PLAN DE MANEJO DEL ASMA Y AUTORIZACIÓN PARA ADMINISTRAR MEDICAMENTOS

EL PADRE/MADRE DEBE COMPLETAR ESTA PARTE:

Nombre del paciente _____ Fecha de nacimiento _____ Escuela _____ Grado _____
 Correo electrónico de la escuela _____ Fax de la escuela (____) _____
 Padre/madre/cuidador _____ Teléfono (casa) _____ Teléfono (trabajo) _____
 Teléfono (celular) _____ Correo electrónico _____
 Contacto en caso de emergencia _____ Parentesco _____ Teléfono _____
 Proveedor de servicios de atención para el asma _____ Teléfono de la oficina(____) _____
 Correo electrónico de la oficina _____ Fax de la oficina(____) _____ (marque la mejor forma de contacto)

EL PROVEEDOR DE SERVICIOS DE ATENCIÓN PARA EL ASMA DEBE COMPLETAR ESTA PARTE

MEDICAMENTO DE RESCATE (alivio rápido): _____

SUPERVISIÓN		TRATAMIENTO		
ROJO	ZONA ROJA: SEÑALES DE EMERGENCIA <ul style="list-style-type: none"> • Labios y uñas azules o grises • Problemas para caminar y hablar por la dificultad para respirar • Pérdida de consciencia ZONA ROJA: SEÑALES DE PELIGRO <ul style="list-style-type: none"> • Respiración muy entrecortada • Los medicamentos de rescate no han ayudado • No puede realizar las actividades habituales • Los síntomas se mantienen o empeoran después de 24 horas en la zona amarilla 	<ul style="list-style-type: none"> • Administre los medicamentos de rescate: <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 6 inhalaciones (1 minuto entre inhalaciones) o 1 tratamiento con nebulizador • Llame a los padres o al proveedor de servicios de atención para el asma • Llame al 911 AHORA si: <ol style="list-style-type: none"> 1. No puede contactar al proveedor de atención médica después de llegar a la zona roja. 2. El niño tiene dificultades para respirar y no mejora después de tomar albuterol. 3. Puede repetir el medicamento de rescate cada 10 minutos si los síntomas no mejoran, hasta que llegue la asistencia médica o esté en el departamento de emergencias. 		
	AMARILLO	ZONA AMARILLA: PRECAUCIÓN <ul style="list-style-type: none"> • Tos, sibilancias, opresión en el pecho o dificultad para respirar • Despertarse en la noche por el asma • Puede realizar algunas actividades habituales, pero no todas 	<ul style="list-style-type: none"> • Continuar con los medicamentos de control diarios • Administre los medicamentos de rescate: <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 6 inhalaciones (1 minuto entre inhalaciones) O 1 tratamiento con nebulizador cada 4 horas según sea necesario • Espere 10 minutos y vuelva a verificar los síntomas • Si no mejora, vaya a la ZONA ROJA • Si los síntomas mejoran, puede regresar a clase o actividad normal o _____ <p>• Padre/madre/enfermero escolar: si es necesario, coordine la administración de medicamentos de rescate cada 4 horas durante <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 días, si los síntomas siguen mejorando</p> <ul style="list-style-type: none"> • Si los síntomas no desaparecen después de <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 días, pase a la ZONA ROJA 	
VERDE		ZONA VERDE: SE SIENTE BIEN <ul style="list-style-type: none"> • No hay tos, sibilancias, opresión en el pecho ni dificultad para respirar durante el día o la noche • Puede realizar las actividades habituales 	MEDICAMENTOS	CANTIDAD
				Antes del ejercicio <input type="checkbox"/> Receso <input type="checkbox"/> Educación física/deportes <i>(no exceder cada 4 horas)</i>
	MEDICAMENTOS DE CONTROL DIARIOS		CANTIDAD	CUÁNDO

- Administre los medicamentos como se indicó antes.
- El estudiante recibió instrucciones sobre el uso adecuado de todos sus medicamentos para el asma y, en mi opinión, puede llevar y usar su inhalador en la escuela.
- El estudiante necesita supervisión o asistencia para usar su medicamento de inhalación.
- El estudiante **NO** debe portar su inhalador mientras esté en la escuela. Pida al estudiante que use un espaciador con medicamentos de inhalación.

 FIRMA DEL PROVEEDOR DE SERVICIOS DE ATENCIÓN PARA EL ASMA NOMBRE EN LETRA DE IMPRENTA DEL PROVEEDOR FECHA

Doy permiso para que el enfermero escolar y cualquier personal pertinente que cuide a mi hijo sigan este plan, administren medicamentos y lo atiendan, se comuniquen con mi proveedor de servicios de atención para el asma si es necesario y envíen este formulario por fax o correo electrónico a la escuela de mi hijo o se entregue al personal de la escuela según las pautas de la Ley de Derechos Educativos y Privacidad Familiar (Family Educational Rights and Privacy Act, FERPA). Asumo toda la responsabilidad de proporcionar a la escuela los medicamentos recetados y los dispositivos de administración/supervisión.

 FIRMA DEL PADRE/MADRE FECHA

PLAN DE MANEJO DEL ASMA Y AUTORIZACIÓN PARA ADMINISTRAR MEDICAMENTOS