

Distrito Escolar Independiente de McKinney
Plan de Acción para el Asma - (A ser llenado por el médico antes de la firma del padre)

Foto

Nombre del estudiante: _____ Fecha de la solicitud: _____

Fecha de nacimiento: _____ Grado: _____ Maestro/a Salón Hogar: _____

De acuerdo a las *Guías Sobre Manejo del Asma del Instituto Nacional de la Salud (NIH)*, el asma de este estudiante es

() **Benigna intermitente** () **Moderada persistente** () **Benigna persistente** () **Severa persistente**

Yo autorizo a la enfermera y al doctor a que hablen o clarifiquen esta orden médica, y también que hablen sobre la respuesta del estudiante al medicamento prescrito según sea necesario por ley (Nurse Practice and Medical Practice Acts of Texas).

Los indicios y síntomas específicos de un ataque de asma del estudiante incluye(n): _____

ZONA VERDE – ¡ZONA DE ADELANTE!

(Use medicina preventiva.)

- Respira bien.
- No tose ni jadea
- Duerme toda la noche
- Puede trabajar o jugar

- O flujo máximo de ___ a ___



ZONA AMARILLA – ¡ZONA DE ADVERTENCIA!

(Administre medicamento de alivio rápido.)

- 1ras señales de resfriado
- Exposición a un accionador conocido
- Tose o jadea levemente
- Siente el pecho apretado
- Le falta la respiración

- O flujo máximo de ___ a ___



ZONA ROJA – ¡ZONA DE PELIGRO!

(Obtenga ayuda de un médico.)

Medicina no es de ayuda.

- Respiración difícil/rápida
- Ventanas de nariz se expanden mucho más
- Se le ven las costillas al respirar
- No puede hablar sin hacer pausas frecuentes para respirar
- Jadea al respirar & exhalar
- O flujo máximo de ___ a ___



1. Nombre, dosis y frecuencia de los medicamentos preventivos:

2. ¿Tiene el paciente el Asma Inducida por el Ejercicio? () **SÍ** () **NO**
De ser así, qué medicamento se debe administrar para el AIE?

Use el tratamiento indicado 15-20 minutos antes de hacer ejercicios según sea necesario:

1. Si el asma se agrava, ¿qué medicamento de alivio rápido debe usarse?

Use el tratamiento indicado cada 4-6 horas según sea necesario durante 24-48 horas:

1. Si el asma se empeora, ¿qué medicamento de alivio rápido debe usarse?

Use el tratamiento indicado cada 20 min. según sea necesario, hasta 3 veces:

Yo certifico que el estudiante arriba mencionado sufre de vías respiratorias reactivas (asma) y es capaz de llevar consigo y auto administrarse el (los) medicamento(s) de alivio rápido indicado(s) siempre y cuando cumpla con las estipulaciones del distrito escolar. También tiene que completar el formulario que le autoriza a llevar consigo el medicamento.

() **SÍ** () **NO**

Nombre del médico en letra de molde: _____ Firma: _____ Fecha: _____

Número de teléfono del médico: _____ Número de FAX: _____

Yo comprendo que si en algún momento un adulto que esté supervisando a mi hijo/a crea que la vida de él/ella está en peligro los Servicios de Emergencia Médica (911) serán activados, y yo estoy de acuerdo que mi seguro médico o yo asumiremos la responsabilidad por todos los gastos que se incurran como resultado.

Yo pido que esta medicación será dada por un/una empleado/a de la escuela. Yo comprendo que el Buró de la Administración del Distrito Escolar y los/as empleados/as del distrito no se hacen responsables de los daños o lesiones resultantes de la administración de este medicamento.

Doy mi consentimiento para la divulgación de información médica contenida en este formulario a los funcionarios escolares que tengan un interés legítimo en la información, de acuerdo con la Política de la Junta Escolar y de la Educación de la Familia y la Ley de la Privacidad del MISD. Yo doy permiso para la divulgación de información confidencial sobre problemas específicos de salud de mi hijo/a a terceros, personas distintas de las autoridades escolares, según sea necesario para facilitar la atención médica y / o tratamiento de mi hijo/a. Autorizo al enfermero / a la enfermera y al médico que prescribe el medicamento para tratar de forma confidencial o aclarar la orden de la medicación y para discutir la respuesta del/de la estudiante a la medicación prescrita según sea necesario por la ley (Enfermera Práctica y Médicos Practicantes de Texas).

Nombre del padre en letra de molde: _____ Firma: _____ Fecha: _____

de teléfono durante el día: _____ Correo electrónico del padre: _____