

PLAN DE ACCION DE LA ESCUELA PARA ESTUDIANTES CON ASMA

Este plan esta de acuerdo con la nueva legislación, HB 1688, la cual fué pasada durante la Sesión Legislativa de Texas en el 2001. Esta ley permite a los estudiantes el auto-administrarse medicamento para el asma durante la escuela ó actividades escolares con permiso de los padres y médicos.

(Para ser completada al inicio del año escolar y guardarse en el registro de la enfermera de la escuela)

Nombre del Estudiante: _____ Grado: _____ Fecha de Nacimiento: _____

ID# del Estudiante _____ Nombre del maestro (homeroom): _____ Año Escolarr: 20__-20__

Padre/Tutor

Nombre: _____ Teléfono de la casa: _____

Dirección: _____ Teléfono del trabajo: _____

Contacto de Emergencia

Nombre

Relación

Teléfono

Médico que atiende el asma del estudiante: _____ Teléfono: _____

Otro médico: _____ Teléfono: _____

AUTO-ADMINISTRACION DE MEDICAMENTOS PARA EL ASMA

Yo he dado instrucciones _____ (nombre del estudiante) de la manera apropiada de usar sus medicinas. Es mi opinion profesional el que a _____ (nombre del estudiante) se le permita el llevar y auto-administrarse el siguiente medicamento en la escuela ó durante eventos escolares:

A. Broncohalador (medicina de alivio inmediato):

Nombre: _____

Propósito: _____

Dosis: _____

Hora en que debe usarse: _____

Puede repetirse en caso de severa dificultad al respirar _____ veces _____ minutos de separación.

Llamar al 911 ó EMS en caso de ninguna ó mínima mejoría.

B. Otros medicamentos:

Nombre: _____

Propósito: _____

Dosis: _____

Hora en que debe usarse: _____

Instrucciones Adicionales: _____

Estos medicamentos están recetados por un periodo de tiempo de _____ hasta _____

Es mi opinion profesional el que a _____ (nombre del estudiante) **NO** se le permita el llevar y auto-administrarse ninguno de sus medicamentos para el asma en la escuela o durante eventos escolares.

Firma del Médico/Doctor

Fecha

Yo estoy de acuerdo con las recomendaciones que el médico de mi hijo(a) menciona arriba y he informado a mi hijo(a) que él/ella debe tomar sus medicamentos del asma a la escuela ó durante eventos escolares.

Firma del Padre/Tutor

Fecha

PLAN DE TRATAMIENTO DIARIO

Por favor liste cualquier medicamento(s) tomados diariamente para auxiliary el asma, incluyendo tratamientos con nebulizador.

Nombre	Propósito	Dosis	Cuando debe usarse
1. _____	_____	_____	_____
2. _____	_____	_____	_____
3. _____	_____	_____	_____

Estos medicamentos son recetados por un periodo de tiempo de _____ hasta _____

Equipo Médico (El equipo debe ser proveído por el padre)

Por favor liste cualquier equipo médico que este estudiante necesitará para tratar su asma en la escuela (Ej; nebulizador, oxígeno, espaciador etc.)

******* PLAN DE EMERGENCIA *******

Una acción de emergencia es necesaria cuando este estudiante tenga estos síntomas:

- 1. _____
- 2. _____
- 3. _____
- 4. _____

Pasos a seguir durante un caso de asma:

1. Dar los medicamentos de emergencia:

A. Broncohalador (medicamento de alivio rápido):

Nombre: _____

Propósito: _____

Dosis: _____ Cuando debe ser usado: _____

Puede repetirse en caso de severa dificultad al respirar _____ veces _____ minutos de separación.

Llamar al 911 ó EMS en caso de ninguna ó minima mejoría.

B. Otros medicamentos:

Nombre: _____

Propósito: _____

Dosis: _____

Cuando debe usarse: _____

Instrucciones Adicionales: _____

Estos medicamentos son recetados por un periodo de tiempo de _____ hasta _____

2. Busque cuidado médico de emergencia si este estudiante muestra cualquiera de lo siguientes:

• Ninguna mejoría 15-20 minutos después del tratamiento inicial con el medicamento y no se puede contactar a uno de los familiares.

• El estudiante exhibe:

- Contracción del pecho y cuello al respirar
- Dificultad al respirar
- Para de jugar y no puede iniciar de nuevo
- Se encorva al respirar
- Problemas al caminar ó hablar
- Los labios y uñas se ponen grises o azules

Comentarios e instrucciones especiales: _____

Firma del Médico/Doctor _____
Fecha

Yo doy mi consentimiento a la escuela de mi hijo(a) el administrar un medicamento diario ó de emergencia cuando sea necesario, de acuerdo con las instrucciones del médico mencionadas arriba.

Firma del Padre/ Tutor _____
Date