

Wayne County Schools Career Center

518 West Prospect Street-Smithville-Ohio-44667-Phone-330-669-7011-Fax-330-669-7001

PLAN DE ACCIÓN PARA EL ASMA ESTUDIANTIL

AL ESTUDIANTE ANTERIOR HA RECIBIDO LA DIAGNOSTICA DE ASMA. ESTE FORMULARIO AYUDARÁ EN EL MANEJO DE SU ASMA Y DEBE MANTENERSE EN EL EXPEDIENTE MÉDICO DE LOS ESTUDIANTES Y TOMAR EN TODAS LAS EXCURSIONES JUNTO CON LA MEDICACIÓN DE LOS ESTUDIANTES.

NOMBRE DEL ESTUDIANTE: _____ FECHA DE NACIMIENTO: _____ GRADO: _____

CALLE: _____ CIUDAD: _____ CODIGO POSTAL: _____

Severidad: Intermitente LEVE PERSISTENTE MODERADO PERSISTENTE GRAVES PERSISTENTES

CONTACTO PRINCIPAL	CONTACTO SECUNDARIO
NOMBRE DEL PADRE/TUTOR: _____	NOMBRE: _____
PHONE #: CELULAR: _____	Relación: _____
CASA: _____	TELÉFONOS#: CELULAR: _____
TRABAJO: _____	CASA: - _____
	TRABAJO: _____

PLAN DIARIO DE MEDICAMENTO

<p>Este es el plan de medicina diaria del estudiante:</p> <ul style="list-style-type: none"> El estudiante no tiene síntomas de asma El estudiante puede hacer actividades habituales. El estudiante puede dormir sin síntomas 	Medicine/Dose		When to give medication	
		Albuterol Inhalador personal 2 respiraciones/		Cada 4-6 horas para sibilancias/tos
		Xopenex Inhalador personal 2 respiraciones		Cada 4-6 horas para sibilancias/tos
		Albuterol Solución/por nebulizador-1 dosis		Cada 4-6 horas para sibilancias/tos
		Xopenex Solución/por nebulizador-1 dosis		Cada 4-6 horas para sibilancias/tos
		Marque esta casilla si se necesita tratamiento 15-20 minutos antes del ejercicio.		Marque esta casilla si el medicamento deseado puede repetirse si no hay alivio dentro de 15-20 minutos.
		Otros: Por favor, especifique-		Otros: Por favor, especifique-
factores desencadenantes (si son conocidos)				
_____ HUMO	_____ GRIPA/E	_____ C	_____ COMIDA	
_____ AIRE/POLUCION	_____ ANIMALES			
_____ EJERCICIO	FRIO/CLIMA		_____ STRESS/ANCIEDAD	
_____ OTRO POR FAVOR ESCRIBIR LISTA _____				

Efectos secundarios que se notificará a los padres/médicos: _____

Instrucciones especiales: _____

Médico: _____ Número de teléfono: _____

PLAN DE ACCION DE EMERGENCIA PARA EL ASMA/COMO RESPONDER SI SE PRESENTAN SINTOMAS

Haga esto PRIMERO cuando se presenten síntomas de asma:	Pida al estudiante que se siente y detenga la actividad actual y use los medicamentos mencionados anteriormente por inhalación inmediatamente y luego notifique a la enfermera de la escuela.
Qué hacer a continuación:	Cuándo hacerlo:
Pida a los estudiantes que regresen/permanezcan en el salón de clases.	Buena respuesta a la dosis inicial de Albuterol
Notifique a la enfermera de la escuela si aún no lo ha hecho.	1. Los síntomas del estudiante mejoran después de 1-2 tratamientos. Una respuesta debe tenerse en cuenta en un plazo de 15-20 minutos.
Notifique a los padres de la necesidad del estudiante de medicina de alivio rápido (que debe hacer la enfermera de la escuela a menos que esté en una excursión).	2. El estudiante ya no tiene síntomas (sibilancias, tos, dificultad para respirar, opresión en el pecho).
Póngase en contacto con el padre o tutor legal.	3. El estudiante puede continuar Albuterol/Xopenex cada 4 horas durante 24-48 horas
El padre se ponga en contacto con el médico tratante para obtener medicamentos de intensificación.	Respuesta incompleta a la dosis inicial de Albuterol
Otro: _____	<input type="checkbox"/> El estudiante está experimentando síntomas leves a moderados (sibilancias, tos, dificultad para respirar, opresión en el pecho) después de tomar hasta 2 tratamientos. <input type="checkbox"/> El estudiante no puede hacer actividades escolares normales
Buscar atención médica de emergencia (llamar 9-1-1)	Mala reacción a los medicamentos
póngase en contacto con padre o tutor legal.	1. El estudiante no se siente mejor 20-30 minutos después de tomar medicamentos.
Otro: _____	2. El estudiante tiene síntomas graves (tos, dificultad extrema para respirar, piel se retrae entre las costillas o en el cuello)
NOTA: Los sonidos sibilancias pueden estar ausentes porque el aire no puede moverse fuera de las vías respiratorias.	3. El estudiante tiene problemas para caminar o hablar.
	4. Los labios o uñas del estudiante son azules.
	5. El estudiante le dificulta para respirar.
	• El estudiante se vuelve letárgico

Acuerdo:

1. Estoy solicitando permiso para que mi hijo nombrado anteriormente reciba medicamentos de acuerdo con este plan de acción. Asumiré la responsabilidad de la entrega segura de la medicación/medicamento a la escuela. El medicamento, pero ser llevado a la escuela en el recipiente en el que fue dispensado por el prescriptor o farmacéutico con licencia.

2. Notificaré a la escuela inmediatamente si hay algún cambio en el uso del medicamento o tratamiento prescrito. Un plan de acción revisado deberá estar en el archivo firmado por el prescriptor.
3. Libero y acepto mantener a la Junta de Educación, sus funcionarios, y sus empleados indemne de cualquier responsabilidad previsible o imprevisible por daños o lesiones resultantes directa o indirectamente de esta autorización

FIRMAS: Representar el acuerdo con la información y el plan de acción anteriores

PADRE/TUTOR: _____ **Fecha:** _____

PRESCRIPTOR CON LICENCIA: _____ **Fecha:** _____

ENFERMERA ESCOLAR: _____ **Fecha:** _____