

## PLAN DE ACCIÓN PARA EL ASMA

Nombre:	Fecha de Nacimiento:
Maestro:	Grado:
Padre/Guardián:	Celular:
Teléfono de Casa:	Teléfono del Trabajo:
Otro Contacto:	Teléfono:
Hospital Preferido:	

Desencadenadores: \_\_ Clima (aire frío, viento) \_\_ Enfermedad \_\_ Ejercicio \_\_ Humo \_\_ Perro/Gato \_\_ Polvo \_\_ Moho \_\_ Polen  
Otros: \_\_\_\_\_

### ZONA VERDE: PASOS DEL PRETRATAMIENTO PARA EL EJERCICIO (Proveedor de salud complete esta sección )

Dar 2 bocanadas del medicamento de rescate (*nombre*) \_\_\_\_\_  
Clase de Ed. Física, ejercicios/deportes, recreo)  
Explicación: \_\_\_\_\_  
Repetir en 4 horas si se necesita para actividad física



**JOHNSON CREEK**  
SCHOOL DISTRICT

### ZONA AMARILLA: ENFERMO – ASMA NO CONTROLADA (Proveedor de salud complete esta sección para el medicamento de rescate)

SI USTED VE ESTO:	HAGA ESTO:
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Dificultad respirando</li> <li>- Jadeo</li> <li>- Tos frecuente</li> <li>- Queja de opresión en el pecho</li> <li>- Incapaz de tolerar actividades regulares pero aun hablando en oraciones completas</li> <li>- Otros: _____</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Detenga la actividad física</li> <li>- Dar medicación de rescate (<i>nombre</i>): _____ 1 bocanada 2 bocanadas Vía espaciador Otro: _____</li> <li>- Si no hay mejoría en 10-15 minutos, repetir el uso de la med de rescate: 1 bocanada 2 bocanada Vía espaciador Otro: _____</li> <li>- Si los síntomas del estudiante no mejoran o empeoran, llamar al 911</li> <li>- Quédese con el estudiante y mantenga la posición sentada</li> <li>- Llame a los padres/guardianes y la enfermera escolar</li> <li>- El estudiante puede resumir su actividad normal cuando se sienta mejor</li> </ul>

#### - Si **no hay medicación de rescate en la escuela:**

- Llame a los padres/guardianes para recoger al estudiante y/o traer el inhalador/medicamento a la escuela
- Déjeles saber que si no pueden llegar a la escuela, se puede llamar al 911

### ZONA ROJA: SITUACIÓN DE EMERGENCIA (Proveedor de salud complete la dosis para la medicación de rescate)

SI USTED VE ESTO:	HAGA ESTO INMEDIATAMENTE:
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Tose constantemente</li> <li>- Lucha o jadea para respirar</li> <li>- Problemas hablando (puede decir solo 3-5 palabras)</li> <li>- Piel tirante en el pecho y/o cuello con la respiración</li> <li>- Labios o uñas de los dedos son grises o azules</li> <li>- ↓ Nivel de conciencia</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Dar medicación de rescate (<i>nombre</i>): _____ 1 bocanada 2 bocanadas Vía espaciador Otro _____</li> <li>- Si no hay mejoría en 10-15 minutos, repetir el uso de la med de rescate: 1 bocanada 2 bocanadas Vía espaciador Otro _____</li> <li>- Llamar al 911 informar al asistente que el motivo de la llamada es asma</li> <li>- Llamar a los padres/guardianes y la enfermera escolar</li> <li>- Alentar al estudiante a tomar respiraciones más lentas y profundas</li> <li>- Quédese con el estudiante y manténgase calmado</li> <li>- <i>El personal escolar no debe de llevar al estudiante al hospital</i></li> </ul>

#### INSTRUCCIONES PARA EL USO DEL INHALADOR DE RESCATE: (PROVEEDOR DE SALUD: POR FAVOR MARQUE LOS ESPACIOS APROPIADOS)

El estudiante entiende el uso apropiado de su medicación para el asma, y en mi opinión, puede cargar y usar su inhalador en la escuela independientemente

El estudiante notificará a su funcionario de salud escolar designado después de usar el inhalador

El estudiante tiene una copia que asiste en la escuela, usar si el niño está localizado lo lleva consigo, el inhalador está ubicado en: \_\_\_\_\_

FIRMA DEL PROVEEDOR DE SALUD

NOMBRE DEL PROVEEDOR EN LETRA IMPRENTA

FECHA

Doy permiso al personal de la escuela a compartir esta información, seguir este plan, administrar medicamentos y cuidar a mi niño y, si fuera necesario, contactar a nuestro doctor. Yo asumo total responsabilidad por proveer a la escuela con medicamentos recetados y dispositivos de administración/control. Yo apruebo este Plan de Cuidado del Asma para mi niño.

**FIRMA DEL PADRE**

**FECHA**

504 Plan or IEP

Copias del plan proporcionadas a : Maestros    Ed. Fisica/Entrenadores    Director    Oficina Principal    Conductor de Bus  
Otros: \_\_\_\_\_

---

---

Firma de la Enfermera Escolar

