



Distrito Escolar del Área de Little Chute

Servicios de salud

ASMA



Samantha Busko, MSN, RN, Enfermera Escolar 920-788-7600
 Escuela Primaria Fax: 920-788-7847 Y Fax de las Escuelas IM/MS/HS: 920-788-7841

INFORMACIÓN DEL ESTUDIANTE

EL NOMBRE DEL ESTUDIANTE:	FECHA DE NACIMIENTO:	GRADO:
ASISTENCIA A LA ESCUELA:	ESTUDIANTE USA EL AUTOBÚS: SÍ NO	

GRAVEDAD DEL ASMA Y TRATAMIENTO

GRAVEDAD DEL ASMA:

- | | | |
|---|---|---|
| <input type="checkbox"/> Intermitente | <input type="checkbox"/> Persistente leve | <input type="checkbox"/> Moderado Persistente |
| <input type="checkbox"/> Persisten gravemente | <input type="checkbox"/> Tuvo muchos o severos ataques/exacerbaciones de asma | |

ZONA VERDE: *(Incluso cuando se siente bien, los siguientes medicamentos se toman a **diario**)*
Use siempre un espaciador si el inhalador se dirige a

MEDICAMENTO(S) DE CONTROL: _____

MEDICAMENTO(S) DE CONTROL EN LA ESCUELA: _____

MEDICINA DE RESCATE: _____ bocanadas cada cuatro horas, según sea necesario.

MEDICINA DE EJERCICIO: _____ bocanadas cada 15 minutos, según sea necesario.

ZONA AMARILLA: *(Use el plan de "tratamiento por enfermedad" si tiene tos, sibilancias, dificultad para respirar u opresión en el pecho. **Todos** los medicamentos a continuación)*

MEDICINA DE RESCATE: _____ bocanadas cada cuatro horas, según sea necesario.

MEDICAMENTO(S) DE CONTROL: _____

- Continuar Medicamentos Zona Verde: _____
- Agregar: _____
- Cambiar: _____

Si está en la zona amarilla durante más de 24 horas o empeora, siga la zona roja y llame al médico de inmediato.

ZONA ROJA: *(La respiración es difícil y rápida, las costillas sobresalen, problemas para caminar, hablar o dormir. ¡CONSIGUE AYUDA AHORA!)*

¡ADMINISTRA MEDICAMENTO(S) DE RESCATE AHORA!

MEDICINA DE RESCATE: _____ bocanadas cada _____

LLEVAR: _____

Si no mejora de inmediato, llame al 911. Llame al médico en cualquier momento que el niño esté en la zona roja.

DESENCADENANTES DEL ASMA:

AUTORIZACIÓN

PADRE/GUARDIÁN CONSENTIMIENTO DE MEDICAMENTOS

Por la presente doy permiso al personal escolar capacitado designado para administrar medicamentos a mi hijo durante el día escolar, incluso cuando esté fuera de la propiedad escolar por asuntos oficiales de la escuela, de acuerdo con las instrucciones escritas del médico que se muestran en este formulario. También estoy de acuerdo en dar mi permiso a la enfermera de la escuela y/o al personal de la escuela para contactar al médico del niño si es necesario. Por la presente doy permiso al personal escolar designado para notificar a otro personal escolar apropiado y maestros de aula sobre la administración de medicamentos y los posibles efectos adversos de los medicamentos. Además, aceptó eximir de responsabilidad al Distrito Escolar del Área de Little Chute y al empleado(s) del LCASD que están administrando el medicamento en cualquiera o todos los reclamos que surjan de la administración de este medicamento en la escuela. Acepto notificar a la escuela al finalizar esta solicitud o cuando sea necesario realizar cambios en las órdenes anteriores.

Entiendo que, como padre/tutor, soy responsable de asegurar que la medicación de rescate de respaldo esté disponible para mi hijo después del horario escolar y durante los viajes hacia/desde y durante los eventos patrocinados por la escuela. La información de salud de los estudiantes se comparte a través de correos electrónicos, copias de planes de salud y/o reuniones de personal con maestros de nivel de grado, entrenadores, compañías de autobuses, personal de oficina y otro personal pertinente de LCASD.

Personal de la escuela: Siga los planes de Zona Amarilla y Zona Roja para medicamentos de rescate según los síntomas del asma. A menos que se indique lo contrario, los únicos controladores que se administrarán en la escuela son los que figuran como "dado en la escuela" en la Zona Verde:

- El proveedor de la salud del asma y el padre/tutor están de acuerdo en que el niño puede llevar y autoadministrarse su inhalador.
- La enfermera de la escuela acepta que el niño puede llevar y autoadministrarse su inhalador.

Al firmar a continuación, acepta que ha revisado este plan de salud para su hijo y que el plan de salud es correcto y/o ha realizado los cambios apropiados en este formulario para que el plan sea correcto.

CONTACTO DE EMERGENCIA:

RELACIÓN CON EL ESTUDIANTE:

(H) TELÉFONO:

(C) TELÉFONO:

PADRE/GUARDIÁN FIRMA:

FECHA:

NOMBRE DEL PROVEEDOR DE ASMA:

TELÉFONO:

FIRMA DEL PROVEEDOR DE LA SALUD DEL ASMA:

FECHA:

ENFERMERA ESCOLAR REVISADA:

FECHA:

Iniciales del director: _____ Fecha: _____