

Plan de Acción con respecto al asma para las escuelas y las familias

Apellido: _____
Fecha de nacimiento(mes, día, año): _____
Nombre de la escuela: _____
Nombre y apellido del padre o tutor: _____
Información en caso de urgencia: _____
Nombre y apellido de la persona que proporciona atención médica: _____

Nombre: _____
No. del historial médico: _____
Teléfono del miembro del personal de la escuela: _____
Teléfono del padre o tutor: _____
Teléfono en caso de urgencia: _____
Teléfono de la persona que proporciona atención médica: _____

La persona que le proporciona atención médica al alumno deberá completar esta sección: Gravedad del asma; leve e intermitente leve y persistente moderada y persistente grave y persistente
Atención padre, tutor, personal de la escuela: TODO alumno que padece de asma (todos los niveles de gravedad) puede padecer un ataque de asma grave.
Los síntomas del asma son provocados por: el ejercicio el polvo la caspa de los animales los olores o vahos fuertes el moho _____

Zona verde

Su medida tope máxima al soplar (PF, por sus siglas en inglés): _____ Fecha: _____
La medida tope oscila entre _____ (80% de su medida tope máxima) y _____ (100% de su medida tope máxima)

1. Toma la medicina para CONTROLAR el asma (en el hogar) TODOS LOS DÍAS:

Usa: _____ inhalador _____ bocanadas _____ veces al día.

Usa: _____ inhalador _____ bocanadas _____ veces al día.

Si el ejercicio provoca el asma, usa Albuterol o _____ inhalador _____ por lo menos _____ minutos antes de hacer ejercicio.

Restricciones o limitación de las actividades: _____

¡Zona amarilla – Precaución! ¡NO DEJE AL ALUMNO SOLO!

La medida tope al soplar oscila entre _____ (50% de su medida tope máxima) y _____ (80% por ciento de su medida tope máxima).

1. Comience a administrarle al alumno la medicina DE EFECTO RÁPIDO (en la escuela o en el hogar):

Usa Albuterol o el inhalador _____, _____ bocanadas O, la solución _____ ml por medio de un nebulizador.

Si los síntomas mejoran o si la medida tope al soplar corresponde nuevamente a la *Zona Verde* a los _____ 15 minutos, REPITA LA DOSIS DE LA MEDICINA DE EFECTO RÁPIDO (siguiendo las instrucciones explicadas anteriormente) cada _____ horas.

Si los síntomas NO mejoran o si la medida tope al soplar NO mejora, siga los pasos enumerados en la Zona Roja.

Atención escuelas: Llamen al padre de familia o al tutor si un miembro del personal le ha administrado al alumno medicina de efecto rápido o si el alumno se la ha administrado a sí mismo.

2. Atención padre o tutor (instrucciones para el hogar):

Llame al médico de su hijo

Continúe administrándole a su hijo la medicina para CONTROLAR el asma (en el hogar) todos los días siguiendo las instrucciones enumeradas en la *Zona Verde*.

Aumente la medicina para CONTROLAR el asma:

Que su hijo use el inhalador _____, _____ bocanadas, _____ veces al día.

¡Zona roja –salud en estado de alerta! ¡Obtenga ayuda! ¡NO DEJE AL ALUMNO SOLO! La medida tope al soplar es inferior a _____ (50% de su medida tope máxima al soplar).

1. Comience a administrarle al alumno la medicina DE EFECTO RÁPIDO (en la escuela o en el hogar):

Que el alumno use Albuterol o el inhalador _____, _____ bocanadas O, la solución _____ ml por medio de un nebulizador y REPITA ESTE PROCEDIMIENTO CADA 20 MINUTOS HASTA QUE LLEGEN LOS PARAMÉDICOS!

• **Llame al 9-1-1 de inmediato y llame al padre o al tutor**

2. Atención padre o tutor (instrucciones para el hogar):

Llame a la persona que le proporciona atención médica a su hijo Continúe administrándole a su hijo la medicina para CONTROLAR el asma (en el hogar):

Que su hijo use el inhalador _____, _____ bocanadas, _____ veces al día.

y ADEMÁS _____, _____ mg ingeridos dos veces al día por _____ días.

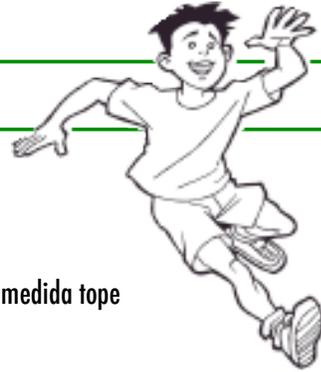
Autorización y descargo de responsabilidad por parte del padre, la madre o el tutor: Mi hijo(a) puede llevar consigo y administrarse a sí mismo(a) el medicamento para el asma, y estoy de acuerdo en eximir al distrito y al personal escolar de todo reclamo de responsabilidad en el caso de que mi hijo(a) sufriera alguna reacción adversa por administrarse el medicamento del asma por su cuenta: Sí No

Persona que proporciona atención médica: mi firma autoriza las instrucciones anteriores que se han proporcionado por escrito. Comprendo que todos los procedimientos se llevarán a cabo conforme a lo establecido por las leyes y los reglamentos estatales. El alumno sabe administrarse la medicina para el asma: Sí No (Esta autorización tiene una vigencia máxima de un año a partir de la fecha en la que se la firmó)

Cómo utilizar los síntomas o la medida tope al soplar para determinar tu zona

Zona verde

- ✓ No tose ni respira asmáticamente ni de día ni de noche
 - ✓ No siente que tienes el pecho cerrado
- 0
- ✓ La medida tope al soplar oscila entre _____ (80 por ciento de su medida tope máxima) y _____ (100% de su medida tope máxima)



Zona amarilla ¡Precaución!

Cualquiera de los siguientes síntomas de asma:

- ✓ Tose o respira asmáticamente
- ✓ Se le cierra el pecho
- ✓ Le resulta difícil jugar
- ✓ Se despierta a la noche con síntomas de asma

- 0
- ✓ **La medida tope al soplar** oscila entre _____ (50% de su medida tope máxima) y _____ (80% de su medida tope máxima).



Zona roja – ¡Alerta sobre el estado de salud!

Cualquier síntoma de asma:

- ✓ Tos o respiración asmática persistente
- ✓ Tiene el pecho muy cerrado
- ✓ No puede caminar, hablar o desplazarse adecuadamente
- ✓ La piel que rodea a los labios o las uñas se ve azul

- 0
- ✓ **La medida tope al soplar es** _____ (50% de su medida tope máxima)



AUTORIZACIÓN PARA UTILIZAR O DIVULGARLE A LOS DISTRITOS ESCOLARES INFORMACIÓN SOBRE LA SALUD

Al completar este documento usted autoriza la divulgación o el uso de la información sobre la salud identificable, conforme a lo establecido a continuación y en cumplimiento con las leyes federales (incluso HIPAA) establecidas para proteger la privacidad de dicha información. No proporcionar toda la información requerida podría invalidar la autorización.

USO Y DIVULGACIÓN DE LA INFORMACIÓN:

Nombre y apellido del paciente o alumno: _____ / _____
Apellido nombre inicial del segundo nombre fecha de nacimiento

Yo, el suscrito, por la presente autorizo que (nombre de la entidad o la persona que le proporciona atención médica al alumno):

(1) _____ (2) _____
divulgue información sobre la salud del niño mencionado anteriormente que se encuentra en su historial médico.

Distrito escolar al que se le divulga la información

Dirección, ciudad y estado, zona postal

Persona del distrito escolar a la cual contactar

Dirección, ciudad y estado, zona postal

La divulgación de la información sobre la salud se ha solicitado por el siguiente motivo:

La información requerida se limitará a lo siguiente: toda la información sobre la salud; o
 información específica sobre una enfermedad, según lo descrito a continuación:

DURACIÓN:

Esta autorización tendrá vigencia de inmediato y permanecerá en vigencia hasta _____
(asiente la fecha) o por un año a partir de la fecha en la que se asentó la firma; si no se anotó ninguna fecha.

RESTRICCIONES:

Las leyes prohíben que la entidad que solicitó la información sobre mi salud la divulgue a menos que haya obtenido otro formulario de autorización firmado por mí o en mi nombre y a menos que dicha divulgación sea requerida o autorizada específicamente por ley.

SUS DERECHOS:

Comprendo que tengo los siguientes derechos con respecto a esta autorización: *podré revocar esta autorización cuando lo desee. Deberé presentarla por escrito, firmarla o que se firme en mi nombre y se la deberá entregar a las entidades o personas que proporcionan atención médica enumeradas anteriormente. Dicha revocación tendrá vigencia a partir de la fecha en la que se la recibe, pero no tendrá vigencia en la medida en que la entidad que solicitó la información u otros individuos hayan actuado según lo dispuesto en esta autorización.*

DIVULGACIONES FUTURAS:

Comprendo que la entidad que solicitó la información (distrito escolar) protegerá dicha información conforme a lo prescrito por la Ley para la Protección de la Igualdad de los Derechos de las Familias (FERPA, por sus siglas en inglés) y que dicha información formará parte del historial educativo del alumno. Esta información se le comunicará a los individuos que trabajarán en el distrito escolar o junto con el mismo con el propósito de ofrecer entornos educativos seguros, apropiados y de restricción mínima y programas y servicios de salud escolares.

Tengo el derecho de recibir una copia de esta autorización. Posiblemente se requerirá que firme esta autorización para que este alumno obtenga servicios apropiados en el entorno académico.

APROBACIÓN:

Nombre y apellido en imprenta

firma

fecha

Relación con el paciente o alumno

Área y número de teléfono