

Plan de Acción contra el Asma

Formulario de Autorización y Autoadministración de Medicamentos

de acuerdo con UCA 53A-11-602
Departamento de Salud de Utah/Oficina de Educación de Utah

Año escolar:

Fotografía

INFORMACIÓN DEL ESTUDIANTE

Estudiante:	Fecha de nacimiento:	Escuela:	Grado:
Padre/Madre/Guardián:	Teléfono:	Correo electrónico:	
Médico:	Teléfono:	Fax:	
Enfermera de la escuela:	Teléfono de la escuela:	Fax:	

PARA COMPLETAR POR EL MÉDICO:



Zona Verde: Se Siente Bien!

El estudiante muestra TODOS estos síntomas:

- Respira fácilmente
- No tiene tos ni le silba el pecho
- Puede dormir toda la noche
- Puede trabajar y jugar normalmente

Medicamentos de control (prevención) que **toma en casa**:

Medicamento: _____ Dosis: _____ Cuando: _____
Medicamento: _____ Dosis: _____ Cuando: _____
Medicamento: _____ Dosis: _____ Cuando: _____

Evite los siguientes disparadores del asma: Polvo Caspa de animales Humo del tabaco
 Moho Resfríos Ejercicio Olores fuertes Polen Polución/inversión
 Otro: _____

Tome los medicamentos de alivio rápido (Ver instrucciones para medicación en la Zona amarilla):

Antes de hacer ejercicio/exponerse a disparador Cuando: _____
 Otro: _____ Cuando: _____



Zona Amarilla: Precaución!

El estudiante tiene ALGUNO de estos síntomas:

- Tos o le silba el pecho
- Opresión en el pecho
- Dificultad para respirar
- Se despierta por las noches

Medicamentos de alivio rápido con espaciador (si está disponible):

Medicamento	Dosis	Frecuencia de la dosis
Inhalador:		
Nebulizador:		
Otro:		

Posibles efectos secundarios:

Los padres deben contactar al médico indicado abajo si: 1) Necesita usar el medicamento de alivio seguido que cada 4 horas, o si lo necesita cada 4 horas por más de un día, o 2) si no mejora después de tomar los medicamentos



Zona Roja: Emergencia!

El estudiante tiene ALGUNO de estos síntomas:

- No puede comer o hablar bien
- Respira rápido y con dificultad
- No mejora con los medicamentos
- Costillas o músculos del cuello son visibles cuando aspira

Llame al 911 para que envíen una ambulancia o vaya directamente a una sala de emergencias

Administre los medicamentos de alivio rápido cada 20 minutos hasta que consiga ayuda médica.
 Otro: _____

Los padres deben llamar al médico indicado abajo mientras se está atendiendo al niño/a.

PARA COMPLETAR POR EL MÉDICO:

El estudiante aquí descrito está bajo mi cuidado. Lo anterior refleja mi plan de atención para el estudiante arriba mencionado.

Es médicamente apropiado para el estudiante llevar consigo medicina para el asma, si está disponible y es apropiado, y estar en posesión de estos medicamentos y suministros en todo momento. Los medicamentos recetados para éste estudiante están arriba descritos.

No es médicamente apropiado llevar y auto-administrar este medicamento para el asma. Favor de mantener esta medicina para el estudiante bajo control del personal apropiado /designado por la escuela para el uso del estudiante si presenta síntomas durante la escuela.

Nombre del médico (en letra de imprenta)

Firma

Fecha

PARA COMPLETAR POR LOS PADRES:Responsabilidades de los padres/guardián:

- El padre o guardián es responsable de proveer la medicina para el asma y traerla a la escuela en el envase y etiqueta original de la farmacia, con el nombre del niño, nombre del medicamento, el tiempo de administración, la dosis del medicamento, y el nombre del proveedor de atención médica.
- El padre o guardián, u otro adulto designado traerá a la escuela y sustituirá la medicación para el asma cuando estén vacíos.
- Si el estudiante tiene un cambio en su prescripción, el padre o guardián son responsables de proveer a la escuela la nueva información prescrita junto con la nueva información de dosis como esta descrito arriba. El padre o guardián completarán un nuevo Plan de Acción contra el Asma antes de que personal designado pueda administrar la receta nueva de medicación para el asma.

Autorización de los padres/Guardian:

Si autorizo a mi hijo(a) a auto administrarse y llevar la medicación prescrita descrita anteriormente. Mi estudiante es responsable de, y capaz de, poseer o poseer y auto-administración de un inhalador de asma por UCA 53A-11-602. Mi hijo(a) y yo entendemos que hay serias consecuencias por compartir cualquier medicamento con otros.

No autorizo a mi hijo(a) a llevar y auto administrarse este medicamento. Por favor, que el personal apropiado/designado de la escuela mantengan el medicamento de mi hijo(a) para su uso en caso de emergencia.

Yo autorizo al personal apropiado/designado por la escuela a mantener el medicamento de mi hijo(a) para su uso en caso de emergencia.

Como padre/guardián del estudiante arriba mencionado, autorizo a la enfermera escolar y a otros miembros designados del personal escolar a administrar los medicamentos y a seguir el protocolo indicado en el Plan de Acción contra el Asma. Me comprometo a indemnizar y eximir de toda responsabilidad a los arriba mencionados por cualquier juicio, reclamo, gasto, demanda o acción, etc., contra ellos por ayudar a este estudiante con su tratamiento del asma, siempre y cuando el personal siga las instrucciones del médico tal como se encuentran expresamente indicadas en el Plan de Acción contra el Asma arriba descrito. Los padres/guardianes y los estudiantes son responsables por mantener el suministro de los medicamentos y equipos necesarios. Doy mi consentimiento para que el médico que prescribe, la enfermera escolar, el consejero médico de la escuela y los profesionales de salud de la clínica de la escuela puedan mantener entre ellos las comunicaciones necesarias para el tratamiento del asma y la administración de medicamentos. Entiendo que la información contenida en este plan será compartida con el personal de la escuela que necesite estar informado y que es responsabilidad del padre/guardián informar al personal de la escuela cada vez que se produzca un cambio en el estado de salud o en el plan de tratamiento del estudiante.

Nombre del padre (en letra de imprenta)

Firma

Teléfono

Celular

Contacto de Emergencia

Relación

Teléfono

Celular

PARA COMPLETAR POR LA ENFERMERA ESCOLAR:

- Firmado por el médico y el padre (partes 1 y 2)
- La medicación se encuentra etiquetada de manera adecuada
- Se generó un registro de medicación

El inhalador se guarda: El alumno lo lleva consigo En la mochila En el aula En la enfermería En la recepción

Otro: _____

Se distribuyó el Plan de Acción contra el Asma al personal que necesita tener conocimiento del mismo:

- Maestro(s)
- Profesor(es) de educación física
- Transporte

Firma de la Enfermera Escolar

Fecha