

PLAN DE TRATAMIENTO, E INFORMACION PARA LA ESCUELA, ACERCA DEL ASMA 2023-2024

Nombre del Estudiante: _____ Grado en 2022-2023: _____

Fecha: _____ Escuela: _____

Llene esta forma si su hijo(a) ha tomado medicamentos, recibido tratamiento o haya faltado a la escuela por el asma en los últimos 3 años. Si ha sido más de 3 años y usted no cree que el personal de la escuela necesita estar al tanto con el asma de su hijo(a), ponga sus iniciales abajo del rectángulo de ésta forma. Si desea tener una conferencia con la enfermera del distrito, llame para hacer una cita por favor. Gracias por su ayuda.

_____ (Iniciales) Mi hijo(a) no ha tenido síntomas de asma en los últimos 3 años, notificaré el personal de la escuela si esto cambia. Actualmente, el personal no necesita estar enterado del historial de mi hijo(a).

Manejo del Asma/Tratamiento

1. Control del Medicamento diario contra el Asma:

Nombre del Medicamento: _____ Dosis: _____ Cuándo tomarlo (diariamente, como sea necesario) _____

2. ¿Tiene su hijo en casa un medidor de flujo máximo? _____ Si _____ No

¿Proporcionará usted un medidor de flujo máximo para utilizarlo en la escuela? _____ Si _____ No _____ Tal vez

El medidor de flujo máximo es una manera muy eficaz para manejar el asma. El distrito escolar está muy dispuesto a trabajar con usted y su proveedor de salud para vigilar en la escuela el medidor de flujo máximo.

Activación y Síntomas del Asma

3. ¿Qué ocasiona el asma de su hijo(a)? (marque todas las que apliquen.)

_____ Alergias _____ Emociones/Tensión _____ Humo del cigarro
_____ Medicamentos _____ Polvo _____ Infecciones Respiratorias
_____ Animales _____ Otro _____

4. Marque por favor las **señales y síntomas** que apliquen en un ataque de asma de su hijo(a):

_____ Ansiedad/miedo _____ Se le acorta la respiración (respira fuerte/rápido)
_____ Color azulado en la piel/uñas _____ Expresa incomodidad
_____ Presión en el pecho _____ Cambios de conducta, confusión, letárgica, disminuye el nivel de consciencia
_____ El pecho se le sume al respirar _____ No puede hablar oraciones completas; sin agarrar aire o solo puede hablar en voz baja
_____ Tos _____ Tiene que aclarar la garganta frecuentemente _____ Baja resistencia durante la actividad física
_____ Silbido en el pecho _____

5. ¿Cuáles son las señales de alerta de un ataque de asma? (marque todas las que apliquen.)

_____ Tos _____ Síntomas de Gripe _____ Silbido en el pecho
_____ Un baje en el medidor de flujo _____ Disminución de energía _____ Otro _____

6. ¿Entiende su hijo(a) los factores de la activación del asma y confiable para reportar dificultad? _____ Si _____ No

7. ¿Espera usted que su asma impacte en la escuela? _____ Si _____ No

REVERSO →

Historial de Asma

8. ¿Cuándo se le diagnosticó el asma a su hijo(a)? _____
9. El año pasado:
¿Cuántos días ha faltado su hijo(a) a clases por el asma? _____
¿Cuántas veces ha llevado a su hijo(a) al doctor por el asma? _____
10. ¿Cuántas veces ha sido tratado su hijo(a) en la sala de emergencia por el asma? _____
¿Ha sido hospitalizado su hijo(a) por el asma? _____ Si _____ No
Cuándo _____
11. Marque todas sus preocupaciones relacionadas con el asma de su hijo(a) que necesiten considerarse en la escuela. (Comuníquese con la enfermera del distrito si es necesario.)
Ninguna _____
_____ Recreo/Clase en el Gimnasio _____ Alergias de Primavera - Temporales
_____ Alimentos Específicos _____ Paseos – bosques, campos
_____ Paseos _____ Otro: _____
_____ Animales/Mascotas _____

Padre/Tutor: _____ Teléfono en casa: _____
Dirección de e-mail: _____ Teléfono del Trabajo /celular: _____
Contacto de Emergencia: _____ Teléfono: _____
Relación: _____

Doctor del Asma: _____ Teléfono: _____

12. Firma del Padre: _____ Fecha: _____

13. Enfermera del Distrito: _____ Fecha: _____

El procedimiento usual que se sigue aquí en la escuela para los estudiantes con asma es:

1. Permitir que el estudiante use su medicamento recetado otorgándole la ayuda, conforme sea necesario.
2. Orientar al estudiante para que se relaje (eje., calmarlo, respirar profundo, tomar líquidos tibios, etc.).
3. Quedarse con el estudiante; vigilar cualquier síntoma.
 - a) Si los síntomas disminuyen 15 minutos después de haber tomado el medicamento, el estudiante puede regresar a la clase.
 - b) Si los síntomas siguen igual 15 minutos después de haber tomado el medicamento, se le comunicará a los padres.
 - c) Si los síntomas aumentan severamente, se le llamará al 911, se iniciará CPR, si es necesario.

Lamar al 911 para asistir si el estudiante:

- **No demuestra mejora después de 15 a 20 minutos de haber tomado el tratamiento inicial con medicamentos.**
- **El medidor de flujo tiene un _____**
- **Tiene dificultad para respirar con el pecho o cuello estirado o con el cuerpo encorvado.**
- **Se pueden notar sus costillas o sus fosas nasales están completamente abiertas.**
- **Tiene dificultad para respirar y tiene dificultad decir palabras u oraciones.**
- **Sus labios o uñas están azules o grises.**
- **No hay un inhalador en la escuela y demuestra señales de dificultad para respirar.**

<u>Zona Verde</u>	<u>Zona Amarilla</u>	<u>Zona Roja</u>
Respira bien No está tosiendo ni tiene silbido en el pecho Puede trabajar/hacer ejercicios con facilidad Está durmiendo toda la noche	Tiene dificultad para respirar Tiene tos o silbido en el pecho Siente el pecho apretado Tiene dificultad para trabajar/hacer ejercicios Se despierta en la noche tosiendo	Tiene mucha dificultad para respirar Sus fosas nasales están completamente abiertas La medicina no le está ayudando Tiene dificultad para caminar o para hablar Sus labios o uñas están azules/grises

NSSD tiene una póliza acerca de la toma de medicamentos en la escuela. Si necesita direcciones vaya a la oficina de la escuela de su hijo(a).

Para las restricciones para exámenes y actividades se requiere instrucción escrita por el doctor del estudiante.

ASTHMA-PINK (1/30/13)