

## PLAN DE TRATAMIENTO, E INFORMACION PARA LA ESCUELA, ACERCA DEL ASMA 2021-2022

Nombre del Estudiante: \_\_\_\_\_ Grado en 2021-2022: \_\_\_\_\_

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 \_\_\_\_\_ Baja resistencia durante la actividad física  
\_\_\_\_\_ Tiene que aclarar la garganta frecuentemente  
\_\_\_\_\_ 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	Tiene dificultad para respirar	Tiene mucha dificultad para respirar
No está tosiendo ni tiene silbido en el pecho	Tiene tos o silbido en el pecho	Sus fosas nasales están completamente abiertas
Puede trabajar/hacer ejercicios con facilidad	Siente el pecho apretado	La medicina no le está ayudando
Está durmiendo toda la noche	Tiene dificultad para trabajar/hacer ejercicios	Tiene dificultad para caminar o para hablar
	Se despierta en la noche tosiendo	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)