

## ASTHMA ACTION PLAN

Nombre del estudiante: _____	Fecha de nacimiento: _____	Grade: _____
Escuela: _____	Tel #: _____	Fax #: _____

The following is to be completed by the **PHYSICIAN (El MÉDICO deberá llenar lo siguiente):**

- 1. Asthma Severity (check one):**  Mild Intermittent  Mild Persistent  Moderate Persistent  Severe Persistent
- 2. Medications (at school AND home):**

Medication (medicamento)	Route (vía)	Dosage (dosis)	Frequency (frecuencia)
<b>A. QUICK-RELIEF</b>			
1.			
2.			
<b>B. ROUTINE (e.g. anti-inflammatory)</b>			
1.			
2.			
<b>C. BEFORE P.E. Exertion</b>			
1.			

- 3. Para alumnos con medicamentos en inhalador:**  Ayudar al alumno con el medicamento en la oficina  Recordarle que use el medicamento  
 **Puede llevar su medicina, si es responsable**

- 4. Indique lo que provoca el asma:**  tabaco  pesticidas  animales  aves  polvo  limpiadores  perfume  moho  
 gases de escape  cucarachas  aire frío  ejercicio otros: \_\_\_\_\_

- 5. Flujo máximo:** Escriba la lectura del mejor flujo máximo personal del estudiante bajo el recuadro del 100% (abajo) multiplique por 0.8 y por 0.5 respectivamente

100%	Zona verde	80%	Zona amarilla	50%	Zona Roja
Flujo máximo # = _____	No hay síntomas	Flujo máximo # = _____	<b>Comienza a toser, resuela o se le dificulta respirar.</b> <u>Acción para el hogar o la escuela:</u> Dar medicamento de "alivio rápido"; Notificar a los padres. <u>Acción para padres/médico:</u> Aumentar dosis de control _____	Flujo máximo # = _____	<b>Tos, dificultad para respirar, para caminar o para hablar</b> <u>Acción para el hogar o la escuela:</u> Dar medicamento de "alivio rápido". • Si es estudiante mejora hacia la 'zona amarilla', enviarlo o contactar al doctor. • Si es estudiante mejora hacia la 'zona roja', comenzar con el Plan de Emergencia.

**Plan Escolar de Emergencia:** Si el estudiante:

- a) No mejora 15-20 minutos DESPUÉS del tratamiento inicial con el medicamento de alivio rápido, o si
- b) El flujo máximo es < 50% del mejor usual, o si
- c) Presenta dificultad para caminar o hablar, o si
- d) Los músculos del pecho/cuello se contraen al respirar, o si se encorva o se pone morado

Entonces: 1. Dele el medicamento de alivio rápido; Repita en 20 minutos si la ayuda no ha llegado; 2. Llame a emergencias (911); 3. Contacte a los padres  
 Los estudiantes con síntomas que necesiten usar medicamentos de alivio rápido pueden necesitar con frecuencia un cambio en los medicamentos rutinarios de "control", las escuelas deben asegurarse que los padres se enteren de cada ocasión en que su hijo/a presente síntomas y requiera medicamento.

Nombre del médico (letra de imprenta): _____	Firma: _____	Fecha: _____
Número de licencia: _____	NPI #: _____	Teléfono del consultorio #: _____
		Fax del consultorio #: _____

Autorizo a la enfermera de la escuela, o a otro personal escolar apropiadamente asignado a administrar el medicamento/aplicar el procedimiento, como lo prescribe aquí el proveedor de salud autorizado. Yo notificaré a la escuela de inmediato y presentaré una nueva forma si hay algún cambio en el medicamento, el procedimiento o el médico que prescribe. Comprendo que el personal de salud de la escuela está obligado por ley a aclarar asuntos asociados con ésta orden con el proveedor que prescribe conforme sea necesario.

**Firma de padres o tutores:** \_\_\_\_\_ **Fecha:** \_\_\_\_\_

**Firma de la enfermera:** \_\_\_\_\_ **Fecha:** \_\_\_\_\_