

Asthma Action Plan

(To be completed yearly and kept on file in the clinic)

Student's Name: _____ DOB: _____ Grade: _____ School: _____
 Father: _____ H: _____ W: _____ Cell: _____
 Mother: _____ H: _____ W: _____ Cell: _____
 Physician: _____ Phone: _____ Fax: _____

(To be completed by Physician)

Asthma Medication	Dosage/Method i.e. pills, inhaler, nebs	Frequency	Possible Side Effects	Administer 15 before physical exercise	Length of time medication to be kept at school
				☐ Yes ☐ No	
				☐ Yes ☐ No	
				☐ Yes ☐ No	

EMERGENCY PLAN

_____ can be repeated for severe breathing difficulty _____ times _____ minutes apart.
 Medication

*****Call parent/legal guardian and/or 911 or EMS if minimal or no improvement**

SELF-ADMINISTRATION OF PRESCRIPTION ASTHMA MEDICINE

- ☐ It is my professional opinion that _____ (scholar's name) ***should NOT*** be allowed to carry and self-administer any of his/her asthma medications while on school property or at school related events.
- ☐ It is my professional opinion that _____ (scholar's name) ***should*** be allowed to carry and self-administer _____ while on school property or at school-related events. I have instructed the student in the proper way to self-administer the asthma medication(s). The student is knowledgeable about the medication(s) and how to administer it.

Physician's Signature _____ Phone _____ Date _____

(To be completed by Parent/Guardian)

I give permission to my child's school to administer daily and emergency medications as necessary, in accordance with physician's instructions above.

 Parent/Guardian (Print) Signature Date

When applicable, I give permission for my scholar to self-administer the prescribed medication listed above, in accordance with the physician's order, while on school property or at a school-related event or activity. Self-administration must be done in compliance with the prescription and state law.

 Parent/Guardian (Print) Signature Date

Plan de acción contra el asma

(Debe completarse anualmente y archivarse en la clínica).

Nombre del estudiante: _____ Fecha de nacimiento: _____ Grado: _____ Escuela: _____
 Padre: _____ Casa: _____ Trabajo: _____ Móvil: _____
 Madre: _____ Casa: _____ Trabajo: _____ Móvil: _____
 Médico: _____ Teléfono: _____ Fax: _____

(Para que complete el médico)

Medicamento para el asma	Dosis/método (es decir, pastillas, inhalador, nebulizador)	Frecuencia	Posibles efectos secundarios	Administrar 15 minutos antes del ejercicio físico	Plazo durante el cual el medicamento se conservará en la escuela
				☐ Sí ☐ No	
				☐ Sí ☐ No	
				☐ Sí ☐ No	

PLAN DE EMERGENCIA

_____ puede repetirse en caso de dificultad respiratoria grave _____ veces con _____
 Medicamento minutos de diferencia.

***** Llame al padre/madre/tutor legal o al 911 o el Servicio de Emergencias Médicas si la mejoría es mínima o nula.**

AUTOADMINISTRACIÓN DE MEDICAMENTOS RECETADOS PARA EL ASMA

- ☐ Es mi opinión profesional que a _____ (nombre del estudiante) ***NO se le debe*** permitir llevar consigo y autoadministrarse ninguno de sus medicamentos para el asma mientras se encuentre en las instalaciones de la escuela o en eventos relacionados con la escuela.
- ☐ Es mi opinión profesional que a _____ (nombre del estudiante) ***se le debe*** permitir llevar consigo y autoadministrarse _____ mientras se encuentre en las instalaciones de la escuela o en eventos relacionados con la escuela. He instruido al estudiante sobre la forma correcta de autoadministrarse los medicamentos para el asma. El estudiante conoce los medicamentos y la forma de administrarlos.

Firma del médico _____ Teléfono _____ Fecha _____

(Para que complete el padre/madre/tutor)

Doy permiso a la escuela de mi hijo para que administre los medicamentos diarios y de emergencia, según sea necesario, de acuerdo con las instrucciones del médico mencionadas anteriormente.

 Padre/madre/tutor (nombre en letra de imprenta) / Firma / Fecha

Cuando corresponda, autorizo a mi estudiante a autoadministrarse el medicamento recetado que se indica más arriba, de acuerdo con la orden del médico, mientras se encuentre en las instalaciones de la escuela o en un evento o actividad relacionados con la escuela. La autoadministración debe realizarse de acuerdo con la prescripción y con la ley estatal.

 Padre/madre/tutor (nombre en letra de imprenta) / Firma / Fecha