

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

Quando 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