

PLAN PARA CONTROLAR EL ASMA



Información general:

Nombre _____
 Contacto de emergencia _____
 Doctor/Personal de atención médica _____
 Firma del doctor _____

Números de Teléfono _____
 Números de Teléfono _____
 Fecha _____

Nivel de gravedad del asma	Factores provocantes del asma	Ejercicio
<input type="radio"/> leve e infrecuente <input type="radio"/> leve y persistente <input type="radio"/> moderada y persistente <input type="radio"/> grave y persistente	<input type="radio"/> resfriados <input type="radio"/> humo <input type="radio"/> cambios del clima <input type="radio"/> alimentos <input type="radio"/> Otros _____	<input type="radio"/> polvo <input type="radio"/> aire impuro <input type="radio"/> ejercicio <input type="radio"/> mascotas
		1. Medicina usada antes del ejercicio (cuánto y cuándo debe tomar medicina) _____ 2. Cambios en los ejercicios _____

ZONA VERDE: Asma bajo control

Su mejor flujo máximo es: _____

Síntomas

- Respira sin problemas
- No tiene tos o sibilancia
- Puede trabajar o jugar
- Duerme toda la noche

Medición de espirómetro

80% o más de mi mejor flujo máximo, o _____

Medicamentos para controlar el asma

Medicina	Cuánto debe tomar	Cuándo debe tomarla
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____

ZONA AMARILLA: Asma empeora

Llame al doctor si usa medicina de alivio inmediato más de 2 veces por semana

Síntomas

- Es un poco difícil respirar
- Tiene tos, sibilancia o presión en el pecho
- Dificultad al trabajar o jugar
- Se despierta de noche

Medición de espirómetro

50% a 80% de mi mejor flujo máximo o de _____ a _____

Continúe con los medicamentos para controlar el asma y agregue:

Medicina	Cuánto debe tomar	Cuándo debe tomarla
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____

Si sus síntomas y flujo máximo vuelven a la ZONA VERDE 1 hora después del tratamiento de alivio inmediato, haga lo siguiente:

- Tome medicamentos de alivio inmediato cada 4 horas por 1 o 2 días
- Cambie los medicamentos para el control de asma a largo plazo en: _____
- Llame al doctor para atención médica continuada

Si sus síntomas y flujo máximo NO VUELVEN a la ZONA VERDE 1 hora después del tratamiento de alivio inmediato, haga lo siguiente:

- Tome medicamentos de alivio inmediato otra vez
- Cambie los medicamentos para control de asma a largo plazo en: _____
- Llame al doctor o profesional de la salud dentro de _____ horas de cambiar su rutina de medicación.

ZONA ROJA: ¡ALERTA MÉDICA!

Número de Teléfono de Emergencias (Ambulancia): _____

Síntomas

- Es muy difícil respirar
- No puede trabajar o jugar
- Asma empeora y no mejora
- Medicina no da alivio

Medición de espirómetro

0% a 50% de mi mejor flujo máximo o de _____ a _____

Continúe con los medicamentos para controlar el asma y agregue:

Medicina	Cuánto debe tomar	Cuándo debe tomarla
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____

Vaya al hospital o llame para pedir que venga una ambulancia, si le sucede lo siguiente:

- Sus síntomas siguen aún en la zona roja por más de 15 minutos
- No puede comunicarse con su doctor o profesional de la salud para pedir ayuda
- _____

Llame de inmediato por una ambulancia si siente los siguientes signos de peligro:

- Se le hace difícil hablar o caminar por falta de aliento
- El color de los labios o las uñas se torna azul

Firma del padre/tutor legal _____

Fecha _____

Autorización escrita para la autoadministración de medicación contra el asma para niños menores en la escuela

Nombre del alumno: _____

Fecha de nacimiento: _____ **Grado:** _____

Yo, _____, padre/tutor legal del anteriormente mencionado alumno mediante la presente solicito autorización para la autoadministración y posesión de medicación contra el asma por parte de mi hijo/a mientras se encuentre en la escuela, en una actividad escolar o bajo la supervisión del personal de la escuela, y mientras se encuentre bajo la responsabilidad de la escuela antes o después de las horas de clase y en una propiedad administrada por la escuela. El alumno demuestra poseer una comprensión total del uso correcto de su medicación contra el asma.

Entiendo que:

- la escuela del distrito y sus empleados y personal no serán responsables por: a) cualquier lesión que el alumno sufra causada por la autoadministración de la medicación excepto en el caso de una lesión provocada por una conducta incorrecta o malintencionada; b) el uso fallido o descuidado, el abuso o el uso incorrecto de la medicación contra el asma; y c) la pérdida, desaparición, vencimiento, inaccesibilidad, falta o falla de la medicación contra el asma o el dispositivo de uso;
- la escuela puede solicitar supervisar la aplicación de la medicación en el caso de que el alumno demuestre un uso inapropiado o una técnica incorrecta con la medicación contra el asma;
- la escuela tiene autoridad para hacer cumplir las reglas y sus consecuencias en el caso de una conducta inapropiada demostrada por el alumno y asociada con la posesión o autoadministración de la medicación contra el asma, y la escuela tiene la autoridad para pedir supervisión durante el uso de la medicación como lo considere apropiado para la seguridad de todos los alumnos y el personal.

Asumo la total responsabilidad por:

- el control y el uso de la medicación, las recargas de la medicación contra el asma ya que la escuela no es responsable por el control, el registro y la supervisión de la medicación contra el asma autoadministrada;
- asegurar que el alumno siempre lleva la medicación contra el asma consigo;
- decidir si debe existir medicación de repuesto en la escuela y proporcionar dicha medicación a la escuela;
- informar por escrito al personal de la escuela de cualquier cambio en el tratamiento del alumno o en la gestión del asma;
- informar a la escuela de cualquier agravamiento del asma, consultas médicas o información médica del alumno que se haya modificado o cambiado;
- informar por escrito al personal de la escuela de cualquier efecto secundario de la medicación que requiera llamar a los padres/tutores;
- coordinar la distribución del plan de emergencia y gestión del asma del alumno al personal escolar (trabajador de la salud escolar, maestros, profesores de educación física, entrenadores, conductor del autobús, personal responsable de actividades antes y después de la escuela).

Comprendo y acepto las condiciones de la política del sistema escolar. Permito que la escuela busque tratamiento médico de emergencia para el alumno cuando lo considere necesario y apropiado. Acepto la responsabilidad legal en el caso de que la medicación se use incorrectamente o lo administre o ingiera otra persona que no sea el alumno anteriormente citado. Libero al Sistema de la escuela de _____, a sus empleados y personal de toda responsabilidad legal relacionada con la posesión y autoadministración de la medicación contra el asma del alumno anteriormente mencionado.

Firma del padre/tutor legal

Fecha

Yo, _____, el anteriormente mencionado alumno he recibido instrucción en el uso correcto de mi medicación contra el asma de venta con receta y comprendo cómo y cuándo usar esta medicación. Siempre llevaré la medicación conmigo y no permitiré que otro alumno use mi medicación bajo ninguna circunstancia. Comprendo y acepto las condiciones de la política de la escuela.

Firma del alumno

Fecha

El anteriormente mencionado alumno ha sido instruido y demuestra comprensión del uso correcto de su medicación contra el asma. Es mi opinión profesional que debe permitirse que el alumno lleve y se autoadministre la medicación contra el asma. He proporcionado al padre/tutor un plan de gestión o emergencia de asma por escrito que incluye el nombre, el propósito, la dosis y las indicaciones de administración de la medicación contra el asma.

Firma del médico

Fecha