



School Asthma Plan

Student _____ Date of birth _____ Allergies _____

Check all items that trigger or make your asthma worse:

- Animals Bee/insect sting Latex Dust Changes in temperature Cold weather Exercise
 Molds
 Pollen Strong odors Foods Other

TO BE COMPLETED BY STUDENT'S PHYSICIAN/HEALTHCARE PROVIDER

Control Medications (given at home)

Green Zone: Doing Well (no cough, no wheeze or other symptoms; can do usual activities)

Take control medications at home daily. Personal best peak flow: _____

Exercise: Albuterol Levalbuterol _____ puffs 5 to 15 minutes before activity with all activity as needed If peak flow is below _____

Yellow Zone: Getting Worse (cough, wheeze, chest tight, shortness of breath; affecting usual activities)

Add quick relief medication:

_____ 2puffs or 4puffs every 20 minutes for up to 1 hour

_____ via nebulizer, may repeat every _____ minutes up to _____ times

Add school control medication: _____

Recommendations to limit/avoid the things that make asthma worse:

 Limit outdoor exertion when AQI is unhealthy Keep student indoors when AQI is unhealthy Other: __________ Peak flow:
to _____ (50-79% of personal best)

Red Zone: Medical Alert (very short of breath, quick relief medication not helping, cannot do usual activities)

Retractions 3 or more sites; inspiratory/expiratory wheezing to diminished breath sounds; severe dyspnea (speaks in single words/short phrases); SpO2 less than 90% on room air; elevated respiratory rate Quick relief medication and contact parent promptly:

_____ 2puffs or 4puffs or 6puffs every _____ minutes up to _____ times

_____ via nebulizer, may repeat every _____ minutes up to _____ times

CALL 911 IF STUDENT DOES NOT IMPROVE QUICKLY OR HEALTHCARE PROVIDER/PARENTS CANNOT BE REACHED.

Student Self-Administration Texas law permits students to carry and use prescription inhalers at school

(Backup medication at school is recommended in case a student forgets or loses their medication.)

 This student has been instructed in the proper use of his/her asthma medications, and both the provider and the parent feel the student may carry and self-administer their inhaler at school. Student is to notify his/her designated school health staff after using inhaler at school. Student needs supervision or assistance, and should **NOT** carry his/her inhaler while at school.

(Physician/Provider Signature)

(Print Name)

(Date)

(Phone)

I request and authorize *Crandall* ISD to implement this health plan. I understand that any qualified employee may be designated to administer medication. I understand it is my responsibility to provide my child's prescribed medication, and assure he/she has their medication at school and school activities if they are permitted to carry it. I authorize the school nurse and prescribing healthcare provider to confidentially discuss or clarify this health plan and the student's response to the medication as required by law.

Parent/Guardian Signature: _____ Phone: _____ Date _____



Grade: _____ Student ID: _____

Plan escolar par el asthma

Nombre del estudiante _____ Fecha de nacimiento _____ Alergia: _____

Marque todos los artículos que le causan el asma o la empeoran:

- animales picadura de abeja/insecto látex polvo cambios de temperatura clima frío ejercicio
 moldes polen olores fuertes
 alimentos otro _____

LO DEBERÁ LLENAR EL MÉDICO DEL ESTUDIANTE/EL PROVEEDOR DE LA SALUD

Medicinas de control (dadas en casa):

La zona verde: Está bien (no tiene tos, respiración sibilante u otros síntomas; puede hacer las actividades cotidianas)

Tomar medicinas de control diariamente en la casa. Mejor flujo máximo personal: _____
 Ejercicio tome 2soplos o 4soplos _____ 5 a 15 minutos antes del ejercicio
 con toda actividad cuando sea necesario si llega al máximo a continuación

La zona amarilla: Está empeorando (tos, respiración sibilante, opresión en el pecho, dificultad al respirar; le afecta las actividades cotidianas)

Agregar la medicina de alivio rápido:

_____ 2soplos o 4soplos cada 20 minutos por hasta 1 hora
 _____ vía nebulizador, puede repetirse cada _____ minutos hasta _____ veces

Agregar medicina de control en la escuela: _____

Recomendaciones de limitar/evitar las cosas que empeoran el asma:

- Limitar el esfuerzo al aire libre cuando el índice de calidad del aire no sea saludable
- Mantener al estudiante dentro del edificio cuando el índice de calidad del aire no sea saludable
- Otro: _____

Flujo máximo: _____ a _____ (50-79% de la mejor medición personal)

La zona roja: Alerta médica (mucha dificultad para respirar, el medicamento de alivio rápido no está funcionando, no puede hacer las actividades cotidianas)

Retracciones 3 o más sitios; sibilancias inspiratorias/espíatorias a sonidos respiratorios que se van disminuyendo; disnea grave (habla con palabras sueltas/frases cortas); SpO2 menos del 90% del aire de la habitación; frecuencia respiratoria elevada
 Medicina de alivio rápido y contactar al padre de familia inmediatamente:

_____ 2soplos o 4soplos o 6 soplos cada _____ minutos hasta _____ veces
 _____ vía nebulizador, puede repetirse cada _____ minutos hasta _____ veces

LLAMAR AL 911 SI EL ESTUDIANTE NO MEJORA RÁPIDAMENTE O SI NO SE PUEDE CONTACTAR AL PROVEEDOR DEL CUIDADO DE LA SALUD/A LOS PADRES DE FAMILIA.

El estudiante y la auto-suministración La ley de Texas les permite a los estudiantes portar y usar inhaladores con receta médica en la escuela (Se recomienda tener medicamentos de repuesto en la escuela en caso de que se le olvide al estudiante o pierda su medicamento.) Se le ha enseñado a este estudiante el uso apropiado de su medicamento para el asma, y tanto el proveedor como el padre de familia piensan que el estudiante puede portar y suministrarse él mismo su inhalador en la escuela.

 El estudiante deberá notificarle al personal escolar de la salud designado después de usar el inhalador en la escuela. El estudiante necesita supervisión o ayuda, y NO debe portar su medicamento de emergencia en la escuela._____
(Physician/Provider Signature)_____
(Print Name)_____
(Date)_____
(Phone)

Solicito y autorizo al Distrito Escolar Independiente de *Crandall* a implementar este plan de salud. Entiendo que cualquier empleado calificado puede ser designado para suministrar medicamentos. Entiendo que es mi responsabilidad proporcionarle los medicamentos recetados a mi hijo y asegurarme de que los tenga en la escuela y en las actividades escolares si se le permite llevarlos consigo. Autorizo a la enfermera de la escuela y al proveedor de atención médica que receta a discutir o aclarar de manera confidencial este plan de salud y la respuesta del estudiante al medicamento según lo exige la ley.