

**DEPARTAMENTO DE SALUD Y SERVICIOS HUMANOS DEL CONDADO DE
MONTGOMERY
SERVICIOS ESCOLARES DE SALUD**

PLAN DE ASMA

Nombre del Estudiante: _____ Escuela _____ Fecha: _____
 Fecha de Nacimiento: _____
 Nombre del Padre/Apoderado: _____
 Médico: _____

Padre de Familia/Apoderado,

Por favor complete y regrese ésta información al cuarto de enfermería para que el personal de salud pueda ayudarle con el cuidado de asma de su hijo/a. Todos los estudiantes que tienen medicina para asma en la escuela deben tener esta información completada por el padre de familia o apoderado/a o tener un plan de acción de asma completado por el medico. Esta información será compartida con el personal de la escuela.

Cuando mi hijo/a tiene un episodio de asma, él/ella presenta los síntomas mencionados en la parte de abajo:

Dificultad al respirar	Respiración rápida
Labios azulados o grises	Pánico/ansiedad
Tos	Ronquido del pecho
Puntas de los dedos azules o gris	Mareado
Otro _____	
Other _____	

Cuando mi hijo/a tiene un episodio de asma puede ser causado por:

Humo	Humedad
Cucarachas	Estres/tension emocional
Animales/mascotas	Olores fuertes/perfumes
Polvo/ácaros	Enfermedades respiratorias
Gramas/flores	Tiza/polvo de la tiza
Cambios de temperatura/ muy frío o aire muy caliente	
Comidas _____	
Otro _____	

Mi hijo/a:

Es examinado/a regularmente No por el medico por asma	Si
Necesita medicina de emergencia No dos o más veces por semana	Si
Se despierta en la noche tosiendo No dos o más veces por semana	Si
Fue visto en Emergencia por asma No el año pasado	Si
Usa un adaptador con el inhalador Si No	
Usa el medidor de respiración para No Controlar el asma	Si
Tiene un Plan de Acción de asma No Completado por el médico	Si
Tiene un rango normal de _____	

Necesita medicina de emergencia cuando el medidor de respiración es menos de _____
 Necesita atención médica cuando el medidor De respiración es menos de _____

(OVER)

Nombre de mi hijo/a _____ Fecha de Nacimiento _____

Las medicinas que tiene mi hijo/a son:

Control/mantenimiento/ diaria(s):

Nombre _____ Cantidad y frecuencia se
administra _____

Nombre _____ Cantidad y frecuencia se
administra _____

Nombre _____ Cantidad y frecuencia se
administra _____

Nombre _____ Cantidad y frecuencia se
administra _____

Control de Asma en la Escuela:

Automedicarse/ tener la medicina: El estudiante puede tener consigo la medicina y automedicarse cuando:

- El padre de familia lo aprueba y el médico ha firmado en "la automedicación" en el formulario MCPS 525-13 o en el Pland de Acción de Asma.
- La enfermera evalúa el nivel de destreza del estudiante y se asegura del uso efectivo de la medicina en la escuela, lo que incluye almacenamiento y cuando pedir ayuda.

Cuando mi hijo/a tiene un episodio de asma en la escuela, el personad de salud y de la escuela hará lo siguiente:

- Administrar medicina prescrita de emergencia.
- Permitir que el estudiante descanse en el cuarto de enfermería.
- Permitir que el estudiante tenga y se administer el inhalador cuando los requisitos mencionados arriba #1 y #2 se cumplan.
- Llamar al padre de familia cuando el estudiante manifieste síntomas y la medicina es usada.
- Llamar al 911 dependiendo de la situación de emergencia.
- Otro _____

Firma del padre de familia/apoderado _____ Fecha _____

Padre de familia/apoderado teléfonos: celular _____ Casa _____ Trabajo _____

Revisado por _____ , la Enfermera en _____

Fecha

Revisado con el padre de familia/apoderado _____

Fecha

Formulario enviado a la casa _____

Fecha

Comentarios: