

Hamshire-Fannett ISD

Servicios de Salud

PRIMARIA (409) 794-1412

INTERMEDIO (409) 794-1558

ESCUELA SECUNDARIA (409) 794-1502

ESCUELA (409) 243-2510

FAX (409) 794-1049

FAX (409) 794-1787

FAX (409) 794-3042

FAX (409) 243-2518

JACKIE MARTÍNEZ, RN

DEBRA HENRY, LVN

SHANNA HIDALGO, LVN

STACEY DAVIDSON, ENFERMERA

EXTENDER

ASMA ATENCIÓN DEL PLAN

ESTUDIANTE: _____ FECHA DE NACIMIENTO: _____ MAESTRO: _____ GRADO: _____

PADRE / TUTOR: _____ TELÉFONO: _____ TRABAJO: _____

CONTACTO DE EMERGENCIA: _____ PH: _____

MÉDICO: _____ PH: _____ FAX: _____

NOMBRE DEL MEDICAMENTO: _____

INSTRUCCIONES PARA LA MEDICACIÓN DEL ASMA: (TIEMPO ESPECÍFICO Y LA DOSIS QUE DEBE DARSE EN LA ESCUELA):

LOS SÍNTOMAS DE ASMA ATAQUE DE LA

ZONA VERDE: BORRAR TODO

- RESPIRACIÓN FÁCIL
- SIN TOS
- **No** SIBILANCIAS
- **PRE-MEDICARSE SI ES NECESARIO**

ZONA AMARILLA: PRECAUCIÓN

- Tos
- SIBILANCIAS
- OPRESIÓN EN EL PECHO
- CORTO DE ALIENTO
- **MEDICAR CON ALIVIO RÁPIDO. DAR MEDICAMENTOS COMO SE INDICA ANTERIORMENTE.**
- **EL ESTUDIANTE DEBE RESPONDER DENTRO DE 15-20 MINUTOS Y VOLVER A ZONA VERDE, SI NO EN CONTACTO CON LOS PADRES.**

ZONA ROJA: PLAN DE EMERGENCIA

- LA TOSCONSTANTEMENTE
- NO SE HA MEJORADO 15-20 MINUTOS DESPUÉS DE LA DEL TRATAMIENTO INICIAL MEDICAMENTOS
- DIFICULTAD RESPIRATORIOS
- DE TÓRAX Y EL CUELLO TIRADOS EN LA RESPIRACIÓN CON
- LA POSTURA CORPORAL ENCORVADA
- ENTRE DIFICULTADES Y JADEO PARA RESPIRAR
- DIFICULTAD PARA CAMINAR O HABLAR
- LABIOS O LAS UÑAS SON EL DE COLOR GRIS O AZUL
- **CONTACTO PADRE / TUTOR**
- **LLAME AL 911 / EMS**
- **MEDICAR CON ALIVIO RÁPIDO / OTROS MEDICAMENTOS POR ENCIMA** LISTA

SI LA RESPIRACIÓN SE DETIENE: INICIE LA RCP

PROVEEDOR DE ATENCIÓN SANITARIA AUTORIZACIÓN:

- ☐ ESTA NIÑO HA RECIBIDO INSTRUCCIONES SOBRE EL USO ADECUADO DE SUS / MEDICACIÓN PARA EL ASMA.
- ☐ ES MI OPINIÓN PROFESIONAL QUE ESTE ESTUDIANTE **DEBERÍA / NO** (CIRCULE UNO) ESTAR AUTORIZADAS A PRESTAR, ALMACENAR Y UTILIZAR HIS / HER MEDICACIÓN PARA EL ASMA A ÉL / ELLA MISMA.

**DOY PERMISO PARA QUE _____ PARA RECIBIR EL
MEDICAMENTO ANTES MENCIONADO DURANTE LA ESCUELA DE ACUERDO CON
LAS INSTRUCCIONES DADAS POR EL MÉDICO. NO HARÉ RESPONSABLE DE LA
ESCUELA RESPONSABLE DE CUALQUIER REACCIÓN ALÉRGICA QUE PUEDE
OCURRIR.**

MÉDICO NAME _____ **PHONE** _____

MÉDICO SIGNATURE _____ **FECHA** _____

PADRE / TUTOR SIGNATURE _____ **PH** . _____

ENFERMERA / EXTENDER SIGNATURE _____ **FECHA** _____