

San Diego City Schools  
Programa de Enfermería y Bienestar

**Plan de Acción para el Asma**

Nombre Niño: \_\_\_\_\_ Fecha Nac.: \_\_ Grado: \_\_\_\_\_ Escuela: \_\_\_\_\_

**The following is to be completed by the PHYSICIAN (Lo siguiente deberá llenarlo el MÉDICO):**

1. Asthma severity (circle one): mild intermittent    mild persistent    moderate persistent    severe persistent
2. Medications (at school AND home):

A. "QUICK-RELIEF" Medication Name	MDI, oral, neb?	Dosage or No. of Puffs
1. _____		
2. _____		
B. ROUTINE Med Name (e.g., anti-inflammatory)	MDI, oral, neb?	Dosage or No. of Puffs      Time of day
1. _____		
2. _____		
C. BEFORE PE, Exertion: Medication Name	MDI, oral, neb?	Dosage or No. of Puffs
1. _____		
2. _____		

3. Para los alumnos con medicina en inhalador (todos estos alumnos deben ir a la oficina de enfermería para usar su medicamento)
  - † Ayudar al alumno con la medicina en la oficina    † Recordarle que use la medicina    † Puede llevar su medicina, si es responsable

4. Indique lo que provoque el asma: tabaco    pesticida    animales    aves    polvo    limpiadores    gases de autos    perfume    moho    cucarachas    aire frío    limpiadores    ejercicio    Otros: \_\_\_\_\_

5. Flujo Agudo: Escriba el mejor flujo agudo del paciente en el cuadro del 100% (abajo). Multiplíquelo por .8 y .5 respectivamente

100%	<b>Zona Verde</b>	80%	<b>Zona Amarilla</b>	50%	<b>Zona Roja</b>
Flujo agudo= _____	No hay Síntomas	Flujo agudo = _____	<b>Comienza a toser, resuella o pierde el aliento.</b> <i>Acción del hogar, la escuela:</i> Dar Medicina "Alivio Rápido" Notificar a sus padres Acción del <u>Padre/Dr:</u> Aumentar dosis de control _____	Flujo Agudo= _____	<b>Tos, falta de aliento, difícil caminar o hablar</b> <i>Acción del hogar o la escuela:</i> Tomar medicinas de 'Alivio Rápido'; • Si el alumno mejora a la 'zona amarilla', enviarlo con el médico o llamarlo. • Si el alumno se queda en la 'zona roja,' comenzar el Plan de Emergencia.

**Plan de Emergencia en la Escuela:** Si el alumno: a) No mejora 15 – 20 minutos **DESPUÉS** del tratamiento inicial con la medicina; o b) El flujo agudo es < 50% de su estado usual, o c) Si camina o habla con dificultad d) Los músculos del pecho/cuello se contraen al respirar, o si se pone morado: 1. Dele med. de alivio rápido; Repita en 20 minutos si no llega la ayuda; 2. Llame a emergencias (911); 3. Llame a los padres. **¿En zona amarilla o roja?** Un alumno que requiera de usar medicinas de pronto alivio podría necesitar de un cambio de rutina en el medicamento de control. Se avisará al padre de las veces que haya síntomas y se requiera de medicar al alumno.

Nombre<sup>†</sup> Médico (letra molde) \_\_\_\_\_ Firma \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Domicilio del Médico: \_\_\_\_\_ Tel. de oficina: \_\_\_\_\_

<sup>†</sup>Incluye a enfermeras especializadas u otros proveedores de atención de la salud siempre que tengan autorización para recetar.

**Este formulario debe acompañar a otro para intercambio de información entre la escuela y el proveedor de salud.**

Firma Padre/Tutor \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_ Teléfono de casa: \_\_\_\_\_

Tel. de emergencias / Nombres de contactos: \_\_\_\_\_

1. Por favor, pida a un **adulto** que entregue el medicamento y el formulario completo a la escuela.
2. Después de la fecha especificada por el médico para descontinuar el medicamento, se deberán indicar los cambios o la continuación del procedimiento presentando una nueva copia fechada de este formulario. Todas las solicitudes de administración de medicamentos deberán renovarse cada año escolar si es necesario continuarlos.
3. El procedimiento alternativo para emergencias cuando la enfermera se encuentre ausente es como sigue:

---

---

4. Solicito que la enfermera de la escuela, u otra persona designada por el director/directora, administre el medicamento según lo indica el médico en el frente de esta hoja. Entiendo que la enfermera de la escuela tiene mi autorización para comunicarse con el médico que recetó el medicamento respecto a asuntos relacionados con este medicamento. Acepto mantener al distrito, a sus funcionarios, empleados o agentes, libres de culpa y de toda responsabilidad, demandas o reclamaciones, cualquiera que sea su naturaleza, que pudieran surgir como resultado de administrar el medicamento de acuerdo con esta solicitud.

---

Firma del Padre/Madre o Tutor	Mes	Día	Año
-------------------------------	-----	-----	-----