

Nombre del Estudiante _____ Fecha de Nacimiento _____ Fecha _____
Nombre del padre de Familia _____ Médico _____

Padre de Familia/Guardián:

Por favor complete y regrese ésta forma al Cuarto de Enfermería para que la escuela y el personal de salud pueda ayudarle con el plan de asma para su hijo/a. **Todos los estudiantes que tienen medicina para asma en la escuela deben tener ésta forma completada por el padre de familia o guardián o un plan de acción de asma completado por el médico.**

Quando mi hijo/a tiene un episodio de asma presenta los síntomas de abajo que están encerrados en círculo:

- | | |
|----------------------------------|--------------------|
| Dificultad al respirar | Respiración rápida |
| Labios azulados o pálidos | Pánico/ansiedad |
| Tos | Ronquido del pecho |
| Punta de los dedos azules o gris | |
| Mareado/a | |
| Otro _____ | |



Quando mi hijo tiene un episodio de asma puede ser causado por causas que están encerradas en círculo:

- | | |
|---|------------------------|
| Animales/mascotas | Cucarachas |
| Gramas/flores | Tiza/polvo de tiza |
| Polvo/ácaros | Tensión emocional |
| Humedad | Olores fuertes/perfume |
| Ejercicio | Humo de cigarrillo |
| Cambio de temperatura/muy frío o muy caliente | |
| Comidas: _____ | |

Mi Hijo/a:

- | | | |
|--|----|----|
| Es examinado regularmente por el médico por asma | Si | No |
| Necesita medicina de emergencia dos o más veces por semana | Si | No |
| Se despierta durante la noche tosiendo dos o más veces en el mes | Si | No |
| Ha sido visto en Emergencia por Asma el año pasado | Si | No |
| Estuvo hospitalizado por asma el año pasado | Si | No |

Mi Hijo/a:

- | | | |
|--|----|-----|
| Usa el adaptador con la medicina administrada en el inhalador | Si | No* |
| Usa el medidor de respiración para controlar el asma | Si | No |
| El rango normal es _____ | | |
| Necesita medicina de emergencia cuando el medidor de respiración es menos de _____ | | |
| Necesita atención médica cuando el medidor de respiración es menos _____ | | |

Continuar

Nombre de mi hijo/a _____

Las medicinas diarias y de emergencia son:

Nombre _____ Cantidad y frecuencia _____
Nombre _____ Cantidad y frecuencia _____

Control de Asma en la Escuela

Administre medicina de emergencia recetada Si No
(Necesita indicación médica, MCPS 525-13)

Permita que mi niño/a descanse en el cuarto de Enfermería Si No

Permita que mi hijo/a tenga la medicina con él/ella Si No
(Se sugiere tener medicina en el cuarto de Enfermería,
ésto necesita la indicación médica MCPS 525-13)

Llame al padre de familia/guardián Si No
(como se indica en la tarjeta de emergencia en la escuela)

Otro _____

El personal de Salud determinará si se necesita llamar a 911

Esta información será compartida con el personal de la escuela que está a cargo de su niño (a).

Firma del padre de familia/Guardián _____ Fecha _____

Revisado por _____, Enfermera
Fecha _____

Comentarios

Manténgase Saludab