



DISTRITO ESCOLAR AUBURN UNION
255 EPPERLE LANE
AUBURN, CA 95603
TELÉFONO 530.885.7242 FAX 530.885.5170

PLAN DE ACCIÓN DEL ASMA

Estimado Padre/Tutor:

De acuerdo con los registros de salud de su hijo, él/ella tiene asma. A fin de administrar medicamentos de emergencia en la escuela, se deben completar la Parte I (Sección para el médico) y la Parte II (Sección de padres) de este formulario y devolverlo a la enfermera del distrito. Si tiene alguna pregunta, comuníquese con Jenny Serrano, enfermera de distrito (jserrano@auburn.k12.ca.us)

Nombre del Estudiante:		Fecha de nacimiento:
Escuela:	Grado:	Año escolar:

¿Cuáles son algunos factores desencadenantes que podrían iniciar un episodio de asma para su estudiante?

- | | | |
|---|--|--|
| <input type="checkbox"/> Ejercicio | <input type="checkbox"/> Polen | <input type="checkbox"/> Irritantes (por ejemplo, polvo de tiza) |
| <input type="checkbox"/> Humo de cigarrillo | <input type="checkbox"/> Caspa de los animales | <input type="checkbox"/> Moho |
| <input type="checkbox"/> Emociones (por ejemplo, cuando está molesto) | <input type="checkbox"/> Olores fuertes | <input type="checkbox"/> Infecciones respiratorias |
| <input type="checkbox"/> Cambios de temperatura | <input type="checkbox"/> Alimentos: | <input type="checkbox"/> Otro: |

PART I: PHYSICIAN SECTION / PARTE I: SECCIÓN PARA EL MÉDICO

HEALTHCARE PROVIDER ORDERS (A completar por el proveedor de atención primaria de salud)		
Name of Rescue Inhaler:		<input type="checkbox"/> Have student use SPACER with inhaler
Common Side Effects:		
GREEN ZONE No symptoms/pretreat	<ul style="list-style-type: none"> No current symptoms Doing usual activities 	Pretreat before exercise: <input type="checkbox"/> Not required <input type="checkbox"/> Routine <input type="checkbox"/> Parent/Student request Give RESCUE INHALER 10-15 minutes before activity: <input type="checkbox"/> 2 puffs <input type="checkbox"/> 4 puffs <input type="checkbox"/> Repeat in 4 hours, if needed for additional physical activity. If child is currently experiencing symptoms, follow YELLOW ZONE
YELLOW ZONE Mild symptoms	<ul style="list-style-type: none"> Trouble breathing Wheezing Frequent cough Not able to do activities, but talking in complete sentences 	<ol style="list-style-type: none"> Stop physical activity. Give RESCUE INHALER: <input type="checkbox"/> 2 puffs <input type="checkbox"/> 4 puffs Stay with child and maintain sitting position. REPEAT RESCUE INHALER if not improving in 15 minutes: <input type="checkbox"/> 2 puffs <input type="checkbox"/> 4 puffs Child may go back to normal activities, once symptoms are relieved. Notify parent/guardian and school nurse. If symptoms do not improve or worsen, follow RED ZONE
RED ZONE EMERGENCY Severe symptoms	<ul style="list-style-type: none"> Coughs constantly Struggles to breathe Trouble talking (only speaks 3-4 words) Skin of chest and/or neck pull in with breathing Lips/nails gray or blue ↓ Level of consciousness 	<ol style="list-style-type: none"> Give RESCUE INHALER: <input type="checkbox"/> 2 puffs <input type="checkbox"/> 4 puffs Refer to anaphylaxis plan, if child has life-threatening allergy. Call 911 Stay with child. Remain calm. Encourage slower, deeper breaths. Notify parent/guardian and school nurse. If symptoms do not improve, REPEAT RESCUE INHALER: <input type="checkbox"/> 2 puffs <input type="checkbox"/> 4 puffs (every 5 minutes until EMS arrives)



DISTRITO ESCOLAR AUBURN UNION
255 EPPERLE LANE
AUBURN, CA 95603
TELÉFONO 530.885.7242 FAX 530.885.5170

PLAN DE ACCIÓN DEL ASMA

(CONTINUACIÓN)

PARTE I: SECCIÓN PARA EL MÉDICO (Continuacion)

ADDITIONAL MEDICATIONS AT SCHOOL			
1. NAME OF MEDICATION:	Dose:	Route:	Time:
Symptoms for which to be given:		Possible Side Effects:	
2. NAME OF MEDICATION:	Dose:	Route:	Time:
Symptoms for which to be given:		Possible Side Effects:	
<p>PLEASE CHECK THE APPROPRIATE BOXES</p> <input type="checkbox"/> Student needs supervision or assistance to use inhaler. Student will NOT self-carry inhaler. Medication in health office. <input type="checkbox"/> Student understands proper use of asthma medications, and can carry and self-administer inhaler at school with approval from school nurse. <input type="checkbox"/> Student will notify school staff after using quick relief inhaler, if symptoms do not improve with use.			

HEALTH CARE PROVIDER AUTHORIZATION FOR ASTHMA MANAGEMENT AT SCHOOL	
<p>My signature below provides the authorization for the above written orders. I understand that all procedures will be implemented in accordance with California state laws and regulations. I understand that specialized physical health care services may be performed by unlicensed designated school personnel under the training and supervision provided by the District Nurse. This authorization is for a maximum of one (1) year. If changes are indicated, I will provide new written authorization. (May be faxed)</p>	
Physician Signature:	Date:
Physician Name:	
Address:	
Telephone:	

PARTE II: SECCIÓN DE PADRES

PARENT CONSENT AND AUTHORIZATION	
<p>Yo (nosotros), los abajo firmantes, los padres/tutores del alumno mencionado anteriormente, solicito/solicitamos que lo siguiente sea administrado a mi (nuestro) hijo para el manejo del asma en la escuela, de acuerdo con el Código de Educación de California 49423.5. Me comprometo a:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Proporcionar todos los medicamentos, suministros y equipos. 2. Notificar a la enfermera del distrito si hay un cambio en el estado de salud del alumno o del médico tratante. 3. Notificar a la enfermera del distrito de inmediato y proporcionar un nuevo consentimiento para cualquier cambio en las órdenes del médico. 4. CONFIRMO QUE, SI MI ESTUDIANTE LLEVA Y SE ADMINISTRA SU PROPIO MEDICAMENTO, DEBE LLEVARLO PERSONALMENTE PARA ASISTIR A UNA EXCURSIÓN. <p>Autorizo a la enfermera del distrito a comunicarse con el proveedor de atención médica autorizado cuando sea necesario, con respecto a este medicamento y condición médica específicos. Se me proporcionará una copia del ISHP completo de mi hijo.</p>	
Parent/Guardian Signature:	Date:
Parent/Guardian Name:	

Principal's Signature: _____

Date: _____

District Nurse Signature: _____

Date: _____