

PLAN DE MANEJO DEL ASMA Y AUTORIZACIÓN DE MEDICAMENTOS

NOMBRE DEL NIÑO _____	Fecha de nacimiento _____	Grado _____
ESCUELA _____	Teléfono de la escuela () _____	Fax de la escuela () _____
CONTACTO PRINCIPAL _____	Teléfono () _____	Teléfono secundario () _____
CONTACTO SECUNDARIO _____	Relación _____	Teléfono () _____
MÉDICO DEL ASMA _____	Teléfono de la oficina () _____	Fax de oficina () _____

MEDICACIÓN DE ALIVIO RÁPIDO ("RESCATE"): _____

VERDE	<p>ZONA VERDE: BIEN </p> <ul style="list-style-type: none"> Sin tos, sibilancias, opresión en el pecho o dificultad para respirar durante el día o la noche Puede participar plenamente en la actividad física 	<p>ANTES DE LA ACTIVIDAD, ADMINISTRE ____ Inhalaciones con espaciador <input type="checkbox"/> Antes del receso</p> <p>MEDICAMENTO DE ALIVIO RÁPIDO: <input type="checkbox"/> Antes de EF/Deportes</p> <p style="text-align: right;"><input type="checkbox"/> Otro _____</p> <p style="text-align: right;"><input type="checkbox"/> Puede repetir una vez dentro de las 4 horas si es necesario</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="width: 30%;">MEDICACIÓN DIARIA</th> <th style="width: 15%;">CUÁNTO</th> <th style="width: 15%;">¿CON ESPACIADOR?</th> <th style="width: 30%;">CUANDO</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> </tbody> </table>	MEDICACIÓN DIARIA	CUÁNTO	¿CON ESPACIADOR?	CUANDO																
MEDICACIÓN DIARIA	CUÁNTO	¿CON ESPACIADOR?	CUANDO																			
AMARILLO	<p>ZONA AMARILLA: ALGUNOS SÍNTOMAS </p> <ul style="list-style-type: none"> Tos, sibilancias, opresión en el pecho o dificultad para respirar Despertarse por la noche debido al asma Dificultad para respirar cuando hace actividad 	<p>Continúe con los medicamentos Zona Verde, AGREGAR LOS MEDICAMENTOS DE ALIVIO RÁPIDO:</p> <p>____ Inhalaciones con espaciador Cada ____ horas, según sea necesario</p> <p><input type="checkbox"/> Puede sustituir 1 vial de nebulizador de albuterol <input type="checkbox"/> Dosis máxima diaria: ____ inhalaciones cada 24 horas</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="width: 30%;">OTROS MEDICAMENTOS</th> <th style="width: 30%;">CUÁNTO</th> <th style="width: 40%;">CUANDO</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td> </td><td> </td><td> </td></tr> </tbody> </table> <p>Después de la medicación de alivio rápido, espere 10 minutos. Si no mejora, vaya a la ZONA ROJA. Si no mejora después de 2 días de tratamiento de la zona amarilla, vaya a la ZONA ROJA.</p>	OTROS MEDICAMENTOS	CUÁNTO	CUANDO																	
OTROS MEDICAMENTOS	CUÁNTO	CUANDO																				
ROJO	<p>ZONA ROJA: SÍNTOMAS GRAVES </p> <ul style="list-style-type: none"> Ataques de tos Tos que provoca vómitos Respiración con dificultad con actividad ligera No mejora después de 2 días en la Zona Amarilla 	<p>Continúe con los medicamentos Zona Verde, MAXIMICE LOS MEDICAMENTOS DE ALIVIO RÁPIDO:</p> <p>____ Inhalaciones con espaciador Cada ____ horas, en un horario fijo</p> <p><input type="checkbox"/> Puede sustituir 1 vial de nebulizador de albuterol <input type="checkbox"/> Dosis máxima diaria: ____ inhalaciones cada 24 horas</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="width: 30%;">OTROS MEDICAMENTOS</th> <th style="width: 30%;">CUÁNTO</th> <th style="width: 40%;">CUANDO</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td> </td><td> </td><td> </td></tr> </tbody> </table> <p>Llame a los padres, coordine la medicación entre el hogar y la escuela Busque atención médica si necesita medicamentos de alivio rápido con más frecuencia que la dosis de la Zona Roja Llame al médico del asma si no mejora después de 1 o 2 días</p>	OTROS MEDICAMENTOS	CUÁNTO	CUANDO																	
OTROS MEDICAMENTOS	CUÁNTO	CUANDO																				
911	<p>EMERGENCIA: LLAME AL 911 AHORA </p>	<ul style="list-style-type: none"> ❖ Mucha dificultad para respirar, aún después del medicamento de alivio rápido (respiración muy rápida, inclinarse hacia adelante para respirar o costillas o clavículas que se succionan al respirar) ❖ Los labios o las uñas son azules o grises ❖ Dificultad para caminar o hablar debido a la falta de aliento ❖ Pérdida del conocimiento o incapacidad para pensar con claridad <p>Puede repetir la medicación de alivio rápido cada 10 minutos si los síntomas no mejoran, hasta que llegue la asistencia médica</p>																				

DESENCADENANTES: humo virus gatos perros ejercicio olores/perfumes fuertes polvo calor/humedad aire frío Otro _____

MODIFIQUE LA ACTIVIDAD AL AIRE LIBRE SI: calor extremo (temperatura > ____ °F) frío extremo (temperatura < ____ °F)

ALERGIA ALIMENTARIA: No Sí - qué comida(s) _____ Ver Plan de Alergias Alimentarias

El/la estudiante necesita supervisión o asistencia para usar su medicamento / inhalador

El/la estudiante ha sido instruido en el uso adecuado de sus medicamentos para el asma y puede llevar y usar su inhalador en la escuela.

FIRMA DEL MÉDICO DEL ASMA _____ NOMBRE DEL MÉDICO _____ FECHA _____

Doy permiso para que la enfermera de la escuela y el personal que cuida a mi hijo/a sigan este plan, administren medicamentos, se comuniquen con mi médico del asma si es necesario y para que este formulario se comparta con el personal de la escuela por fax / correo electrónico según las pautas de FERPA. Soy responsable de proporcionar a la escuela medicamentos recetados y dispositivos de entrega/monitoreo.

FIRMA DEL PADRE _____ FECHA _____

ASTHMA MANAGEMENT PLAN & MEDICATION AUTHORIZATION

CHILD'S NAME _____	Date of Birth _____	Grade _____
SCHOOL _____	School Phone (____) _____	School Fax (____) _____
PRIMARY CONTACT _____	Phone (____) _____	Secondary Phone (____) _____
SECONDARY CONTACT _____	Relationship _____	Phone (____) _____
ASTHMA CARE PROVIDER _____	Office Phone (____) _____	Office Fax (____) _____

QUICK RELIEF ("rescue") MEDICATION: _____

GREEN	<p>GREEN ZONE: WELL </p> <ul style="list-style-type: none"> No cough, wheeze, chest tightness, or shortness of breath during the day or night Can fully participate in physical activity 	<p>BEFORE ACTIVITY OR TRIGGERS, _____ puffs, with spacer <input type="checkbox"/> Before Recess</p> <p>GIVE QUICK RELIEF MEDICATION: <input type="checkbox"/> Before PE/Sports</p> <p style="text-align: right;"><input type="checkbox"/> Other _____</p> <p style="text-align: center;"><input type="checkbox"/> May repeat once within 4 hours if needed</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="width: 50%;">DAILY MEDICATION</th> <th style="width: 15%;">HOW MUCH</th> <th style="width: 15%;">WITH SPACER?</th> <th style="width: 20%;">WHEN</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> </tbody> </table>	DAILY MEDICATION	HOW MUCH	WITH SPACER?	WHEN																
DAILY MEDICATION	HOW MUCH	WITH SPACER?	WHEN																			
YELLOW	<p>YELLOW ZONE: SOME SYMPTOMS </p> <ul style="list-style-type: none"> Cough, wheeze, chest tightness, or shortness of breath Waking at night due to asthma Difficulty breathing with activity 	<p>Continue Green Zone medications, ADD QUICK RELIEF MEDICATION:</p> <p>_____ puffs, with spacer Every _____ hours, as needed</p> <p><input type="checkbox"/> Can substitute 1 vial albuterol nebulizer <input type="checkbox"/> Maximum daily dose: _____ puffs per 24 hours</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="width: 50%;">OTHER MEDICATION</th> <th style="width: 25%;">HOW MUCH</th> <th style="width: 25%;">WHEN</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td> </td><td> </td><td> </td></tr> </tbody> </table> <p>After quick relief medication, wait 10 minutes. If not improved, go to RED ZONE</p> <p>If not improved after 2 days of yellow zone treatment, go to RED ZONE</p>	OTHER MEDICATION	HOW MUCH	WHEN																	
OTHER MEDICATION	HOW MUCH	WHEN																				
RED	<p>RED ZONE: SEVERE SYMPTOMS </p> <ul style="list-style-type: none"> Coughing fits Cough leading to vomiting Breathing hard with slight activity Not better after 2 days in Yellow Zone 	<p>Continue Green Zone medications, MAXIMIZE QUICK RELIEF MEDICATION:</p> <p>_____ puffs, with spacer Every _____ hours, on a schedule</p> <p><input type="checkbox"/> Can substitute 1 vial albuterol nebulizer <input type="checkbox"/> Maximum daily dose: _____ puffs per 24 hours</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="width: 50%;">OTHER MEDICATION</th> <th style="width: 25%;">HOW MUCH</th> <th style="width: 25%;">WHEN</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td> </td><td> </td><td> </td></tr> </tbody> </table> <p>Call parent, coordinate medication between home and school</p> <p>Seek medical attention if needing quick relief medication more often than RedZone dosing.</p> <p>Call Asthma Care Provider if not improving in 1-2 days</p>	OTHER MEDICATION	HOW MUCH	WHEN																	
OTHER MEDICATION	HOW MUCH	WHEN																				
911	<p>EMERGENCY: CALL 911 NOW </p>	<ul style="list-style-type: none"> ❖ Very short of breath, even after quick relief medication (breathing very fast, leaning forward to breathe, or ribs or collarbones sucking in when breathing) ❖ Lips or fingernails are blue or gray ❖ Trouble walking or talking due to shortness of breath ❖ Loss of consciousness or not able to think clearly <p>May repeat quick relief medication every 10 minutes if symptoms do not improve, until medical assistance has arrived</p>																				

TRIGGERS: smoke viruses cats dogs exercise strongsmells/perfumes dust heat/humidity cold air other _____

MODIFY OUTDOOR ACTIVITY IF: extreme heat (temp > _____ °F) extreme cold (temp < _____ °F)

FOOD ALLERGY: No Yes - which food(s) _____ See Food Allergy Plan

Student needs supervision or assistance to use their inhaler medication

Student has been instructed in the proper use of their asthma medications, and can carry and use their inhaler at school

ASTHMA CARE PROVIDER SIGNATURE _____ **PRINT PROVIDER NAME** _____ **DATE** _____

I give permission for the school nurse and staff caring for my child to follow this plan, administer medication, contact my asthma care provider if needed, and for this form to be shared with school staff via fax/email per FERPA guidelines. I am responsible for providing the school with prescribed medication and delivery/monitoring devices.

PARENT SIGNATURE _____ **DATE** _____