

Plan de acción contra el asma (AAP)

Plan de acción contra el asma (AAP)

Plan de atención médica individualizado simplificado (sIHP)/Plan de acción de emergencia (EAP)

Formulario de autorización y autoadministración de medicamentos de acuerdo con UCA 261-104

Departamento de Salud y Servicios Humanos de Utah / Departamento de Educación del Estado de Utah

Año escolar

Foto

INFORMACIÓN DEL ESTUDIANTE

Estudiante	Fecha de nacimiento	Grado:	Escuela
Padre	Teléfono		Correo electrónico
Médica	Teléfono		Faxo Correo electrónico
Enfermera escolar	Teléfono de la escuela		Faxo Correo electrónico

Clasificación de gravedad

...Intermitente ...Persistente leve ...Moderado Persistente ...Severo Persistente

Desencadenantes

...Enfermedad ...Ejercicios ...Animales ...Humo ...Polvo ...Alimentos ...Clima ...Calidad del aire ...Polen
 ...Otro (especifique):

Calidad del aire

El estudiante debe permanecer en el interior cuando el índice de calidad del aire es:

† Moderado	† Enfermo para grupos sensibles	† Enfermo	† Otros:
------------	---------------------------------	-----------	----------

Ejercicios

Tome medicamentos de alivio rápido (consulte el orden de los medicamentos en la sección Amarilla a continuación):

- Antes del ejercicio/exposición a un desencadenante
- Otro (especifique):

Verde: ¡Muy bien!

Acción

El estudiante tiene TODOS estos: - La respiración es fácil. - Sin tos ni sibilancias - Capaz de trabajar y jugar normalmente	Medicamento de control (tomado en casa)	¿Cuánto?	¿Con qué frecuencia?

Amarillo: angustia leve a moderada

Acción

El estudiante tiene CUALQUIERA de estos: - Tos o sibilancias - Opresión en el pecho - Dificultad para respirar - Despertarse por la noche	Medicamentos de alivio rápido	¿Cuánto?	¿Con qué frecuencia?
	Administrar vía	† El estudiante es independiente	
	† Inhalador † Nebulizador	† El estudiante necesita ayuda	
	† inhalador con espaciador	† El estudiante necesita supervisión	
	1. Restrinja la actividad física y permita que descanse erguido. 2. No deje al estudiante desatendido. Observar continuamente durante 15 minutos. 3. Notificar a los padres/tutores. 4. Si mejora (respiración tranquila y fácil, tos ni sibilancias) puede regresar a clase. 5. Si no hay mejora llame a EMS y continúe con la sección Roja de abajo		

Rojo: Dificultad respiratoria severa

Acción

El estudiante tiene CUALQUIERA de estos: - Problemas para comer, caminar o hablar - Respiración fuerte y rápida. - La medicina no está ayudando - Los músculos de las costillas o del cuello se muestran al inspirar - Cambios de color en labios, uñas, piel	¡Llamar a EMS		
	1. Repita ____ inhalaciones del medicamento de alivio rápido (cada 15 a 30 segundos de diferencia) cada ____ minutos hasta que llegue la ayuda médica.		
	2. Fomente la respiración lenta y permita que la persona descance.		
	3. Actualizar a los padres/tutores.		
	4. No deje al estudiante desatendido. Observar continuamente hasta que llegue la ayuda médica: 5. • Pedidos adicionales (especifique):		

CONTINÚA EN LA SIGUIENTE PÁGINA →

Plan de acción contra el asma (AAP)

Nombre del estudiante:		Fecha de nacimiento:	Año escolar:
COMPLETADO POR MÉDICO QUE RECETA			
El estudiante mencionado arriba está bajo mi cuidado anterior refleja mi plan de atención para el estudiante mencionado anteriormente.			
<ul style="list-style-type: none"> Esmédicamente apropiado que el estudiante lleve consigo y se autoadministre medicamentos para el asma, cuando sea apropiado, y esté en posesión de medicamentos y suministros para el asma en todo momento. No es médicamente apropiado que el estudiante lleve y se autoadministre este medicamento para el asma. Haga que el personal escolar apropiado/designado conserve el medicamento de este estudiante para usarlo si tiene síntomas en la escuela. 			
Nombre del médico que receta		Teléfono	
Firma del médico que receta:		Fecha:	
COMPLETADO POR EL PADRE			
Responsabilidades de los padres:			
<ul style="list-style-type: none"> El padre o tutor debe proporcionar el medicamento para el asma y llevarlo a la escuela en el envase original actual de la farmacia con la etiqueta de la farmacia con el nombre del niño, el nombre del medicamento, la hora de administración, la dosis del medicamento y el nombre del proveedor de atención médica. El padre o tutor u otro adulto designado entregará a la escuela y reemplazará el medicamento para el asma cuando esté vacío. Si un estudiante tiene un cambio en su receta, el padre o tutor es responsable de proporcionar a la escuela la información recién recetada y la información de dosis como se describe anteriormente. El padre o tutor completará un Plan de acción contra el asma actualizado antes de que el personal designado pueda administrar la receta actualizada para el asma. 			
Autorización del padre/tutor			
<ul style="list-style-type: none"> Autorizo a mi hijo a llevar y autoadministrarse el medicamento recetado descrito anteriormente. Mi estudiante es responsable y capaz de poseer o llevar y autoadministrarse un inhalador para el asma según UCA 53G-9-503. Mi hijo y yo entendemos que hay serias consecuencias por compartir cualquier medicamento con otros. No autorizo a mi hijo a llevar ni autoadministrarse este medicamento. Por favor, haga que el personal escolar apropiado/designado guarde los medicamentos de mi hijo para usarlos en caso de emergencia. Autorizo al personal escolar apropiado/designado a mantener los medicamentos de mi hijo para uso en caso de emergencia. 			
Firma del padre			Fecha
<p><i>Como padre/tutor del estudiante mencionado anteriormente, doy mi permiso a la enfermera de la escuela y otro personal designado para administrar medicamentos y seguir el protocolo identificado en el plan de acción contra el asma. Acepto liberar, indemnizar y eximir de responsabilidad a los anteriores de demandas, reclamos de gastos, demandas o acciones, etc., en su contra por ayudar a este estudiante con el tratamiento del asma, siempre que el personal siga las instrucciones del médico recetador como está escrito en el plan de acción para el asma anterior. Los padres/tutores y los estudiantes son responsables de mantener los suministros, medicamentos y equipos necesarios. Autorizo la comunicación entre el proveedor de atención médica que receta, la enfermera de la escuela, el asesor médico de la escuela y los proveedores de la clínica escolar necesaria para el control del asma y la administración de medicamentos. Entiendo que la información contenida en este plan se compartirá con el personal de la escuela según sea necesario y que es responsabilidad del padre/tutor notificar al personal de la escuela cada vez que haya algún cambio en el estado de salud o el cuidado del estudiante.</i></p>			
Nombre del padre		Firma	Fecha
nombre del contacto de emergencia:		Relación:	Teléfono
ENFERMERA ESCOLAR designada principal si no hay enfermera de la escuela			
<ul style="list-style-type: none"> Firmado por el médico y el padre 		<ul style="list-style-type: none"> El medicamento está debidamente etiquetado. 	<ul style="list-style-type: none"> Registro de medicación generado
La medicación se mantiene en (O H V W X G L D Q W H O R W L H Q S H O y Q • 0 R F K L O Z I L F L Q D • G H 6 D O X) principal			
<ul style="list-style-type: none"> Otro (especifique): 			
El Plan de Acción para el asma se comparte con el personal a medida que se necesita saber":			
<ul style="list-style-type: none"> Transportación Oficina principal/Admin. Otro (especifique): 		<ul style="list-style-type: none"> Maestro Maestro de EF 	
Firma de la enfermera de la escuela:			Fecha