



Distrito Escolar Conjunto de Jefferson #251

Plan de acción contra el asma (AAP)

(For District Use)
Effective Date: _____

Nombre del estudiante: _____ Fecha de nacimiento: _____

Escuela: _____ El año: _____ Edad al diagnóstico: _____

En caso afirmativo, mayor probabilidad de reacción grave:

Almacenado en oficina En posesión del estudiante - Ubicación: _____

La acción es necesaria cuando el estudiante tiene síntomas como _____, _____, _____, _____, o una lectura de flujo máximo de _____.

• Pasos a seguir durante un episodio de asma:

- Compruebe el flujo máximo. Mejor número de flujo máximo personal: _____
- Administre los medicamentos de emergencia enumerados a continuación. El estudiante debe responder al tratamiento en 15-20 minutos.
- Vuelva a comprobar el flujo máximo. Instrucciones adicionales: _____
- Póngase en contacto con el padre / tutor si: _____

Llame al 911 si el estudiante tiene alguno de los siguientes síntomas:

- ✓ Tos constantemente
- ✓ Sin mejoras 15-20 minutos después del tratamiento inicial con medicamentos y no se puede contactar a un padre/tutor o contacto de emergencia.
- ✓ Flujo máximo de: _____
- ✓ Dificultad para respirar con:
 - Pecho y cuello contraídos con la respiración.
 - Postura corporal encorvada
 - Luchando o jadeando por aire
- ✓ Problemas para caminar o hablar.
- ✓ Deja de jugar y no puede iniciar la actividad de nuevo.
- ✓ Los labios o las uñas son azules o grises.

Si esto sucede, obtenga
Emergencia
Ayuda
¡AHORA!

Medicamentos de emergencia para el asma -- quien receta debe completar:

1. Nombre del medicamento: _____ **Dosis/Vía:** _____ **Frecuencia:** _____

Propósito de la medicación: _____

Posibles efectos secundarios: _____

Disposición del estudiante después de la administración de medicamentos: _____

2. Nombre del medicamento: _____ **Dosis/Vía:** _____ **Frecuencia:** _____

Propósito de la medicación: _____

Posibles efectos secundarios: _____

Disposición del estudiante después de la administración de medicamentos: _____

Plan de Emergencia para el Asma:

• Identificar los desencadenantes de un episodio de asma (marque todo lo que corresponda)

- Ejercicio Pólenes Cambio de temperatura Alimento: _____
 Animales Infecciones respiratorias Alfombras en la habitación Otro: _____
 Moldes Olores o humos fuertes Polvo de tiza/polvo Otro: _____

• Control del Ambiente Escolar

(Enumere las medidas de control ambiental, los medicamentos previos y/o las restricciones dietéticas que el estudiante necesita para prevenir un episodio de asma.) _____

Instrucciones especiales:

Por favor enumere cualquier instrucción especial: _____

- Viajes al campo: El plan de acción para el asma, los medicamentos, los suministros para pruebas de flujo máximo y el personal capacitado en asma deben acompañar al estudiante en todas las excursiones.
- _____
- _____
- _____

• Comentarios

***El Plan de emergencia de anafilaxia con la información de prescripción de medicamentos incluida y las firmas del proveedor independiente autorizado y del padre/tutor requiere una revisión o renovación anual.

PARA SER COMPLETADO POR EL PADRE / TUTOR – Autorización para Intercambio de Información Confidencial del Estudiante

Autorizo al proveedor de atención médica de mi hijo (nombre) _____ a intercambiar información médica confidencial con la enfermera del distrito para completar este plan de atención y para intercambiar información y registros médicos por no más de 12 meses después de la fecha de la firma.

Firma del Padre / Tutor _____ **Fecha** _____

Al firmar la autorización, entiendo que las partes mencionadas anteriormente pueden intercambiar información escrita y verbal sobre mi hijo. Las partes también pueden aceptar una fotocopia de este formulario de liberación y darle la misma vigencia y efecto que el original. Además, entiendo que puedo revocar esta autorización por escrito en cualquier momento proporcionando una copia de mi revocación a las partes mencionadas anteriormente. La información utilizada o divulgada en virtud de este comunicado puede ser divulgada por el distrito escolar como un registro educativo, de conformidad con FERPA y es posible que ya no esté protegida por HIPAA.

PARA SER COMPLETADO POR EL PADRE / TUTOR:

Como padre / tutor del estudiante nombrado:

- * Acepto indemnizar, defender y eximir de responsabilidad al Distrito Escolar de cualquier reclamo, acción, costo, gasto, daño y responsabilidad, incluidos los honorarios de abogados, que surjan, estén conectados o resulten de la administración de medicamentos.
- * Estoy de acuerdo en que el Distrito Escolar, la Junta de Educación, los Empleados de la Junta de Educación y sus Agentes no incurrirán en ninguna responsabilidad como resultado de cualquier lesión que surja o esté relacionada con la administración de medicamentos.
- * Acepto que no instituiré, ya sea en nuestro propio nombre o en nombre del alumno, ningún reclamo o acción contra la Junta de Educación, los empleados de la Junta de Educación y sus agentes que surja o esté relacionado con la administración de medicamentos.
- * Entiendo que este acuerdo debe estar firmado y en pleno efecto antes de la administración del medicamento.
- * Mi hijo y yo entendemos que hay serias consecuencias por compartir cualquier medicamento con otros.
- * Entiendo que las autoridades escolares notificarán a los padres/tutores al final del año escolar para que recojan el medicamento. Los medicamentos que no sean recuperados por el padre/tutor dentro de un período de siete días de la notificación por parte de las autoridades escolares serán destruidos por la enfermera del distrito en presencia de un testigo.
- * Entiendo que soy responsable de notificar a la enfermera del distrito de cualquier cambio en el estado de salud, atención u orden de medicación de mi hijo.

Nombre del padre/tutor (letra de imprenta) _____ ()
Mejor número de teléfono de contacto _____

Firma del Padre / Tutor _____ **Fecha** _____

PARA SER COMPLETADO POR EL MÉDICO - Nivel de Independencia del Estudiante

Confirmando que el estudiante tiene un diagnóstico **de anafilaxia/alergia grave y**, según mi evaluación:

- Este estudiante ha sido instruido en la forma correcta de administrar medicamentos de rescate y es capaz de portar y autoadministrarse estos medicamentos.
- Este estudiante requiere que un adulto capacitado administre medicamentos de rescate.

Nombre del proveedor independiente con licencia (LIP) (en letra de imprenta) _____ ()
Número de teléfono _____

Firma LIP _____ **Fecha** _____