

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 26B-4-408 Departamento de Salud y Servicios Humanos de Utah/Departamento de Educación del Estado de Utah | Foto Año escolar: |
|---|--------------------------------------|

INFORMACIÓN DEL ESTUDIANTE

| | | | |
|--------------------|-------------------------|---------------------------|----------|
| Estudiante: | Fecha de nacimiento: | Grado: | Escuela: |
| Padre: | Teléfono: | Correo electrónico: | |
| Médico: | Teléfono: | Fax o Correo electrónico: | |
| Enfermera escolar: | Teléfono de la escuela: | Fax o Correo electrónico: | |

Clasificación de gravedad

Intermittente
 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: <input type="checkbox"/> Moderado <input type="checkbox"/> Enfermiso para grupos sensibles <input type="checkbox"/> Enfermiso <input type="checkbox"/> Otros: | Ejercicios Tome medicamentos de alivio rápido (consulte el orden de los medicamentos en la sección amarilla a continuación): <input type="checkbox"/> Antes del ejercicio/exposición a un desencadenante <input type="checkbox"/> 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 <input type="checkbox"/> Inhalador <input type="checkbox"/> Nebulizador <input type="checkbox"/> inhalador con espaciador | <input type="checkbox"/> El estudiante es independiente <input type="checkbox"/> El estudiante necesita ayuda <input type="checkbox"/> 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, sin 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 EM 5. <input type="checkbox"/> 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 el medico que receta | | | |
| El estudiante mencionado arriba está bajo mi cuidado. <u>Lo anterior refleja mi plan de atención para el estudiante mencionado anteriormente.</u> | | | |
| <input type="checkbox"/> Es médicamente apropiado que el estudiante lleve consigo y se autoadministre medicamentos para el asma, cuando pueda y sea apropiado, y esté en posesión de medicamentos y suministros para el asma en todo momento. | | | |
| <input type="checkbox"/> 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 y 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 de medicamentos para el asma. | | | |
| Autorización del padre/tutor | | | |
| <input type="checkbox"/> 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. | | | |
| <input type="checkbox"/> 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. | | | |
| <input type="checkbox"/> Autorizo al personal escolar apropiado/designado a mantener los medicamentos de mi hijo para uso en caso de emergencia. | | | |
| Firma del padre: | | | Fecha: |
| <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> | | | |
| Nombre del padre: | | Firma: | Fecha: |
| nombre del contacto de emergencia: | | Relación: | Teléfono: |
| Enfermera escolar (O designada principal si no hay enfermera de la escuela) | | | |
| <input type="checkbox"/> Firmado por el médico y el padre | | <input type="checkbox"/> El medicamento está debidamente etiquetado. | <input type="checkbox"/> Registro de medicación generado |
| La medicación se mantiene: <input type="checkbox"/> El estudiante lo tiene <input type="checkbox"/> Mochila <input type="checkbox"/> Salón <input type="checkbox"/> Oficina de salud <input type="checkbox"/> Oficina principal | | | |
| <input type="checkbox"/> Otro (especifique): | | | |
| El Plan de Acción para el asma se comparte con el personal a medida de " se necesita saber": <input type="checkbox"/> Maestro <input type="checkbox"/> Maestro de EF | | | |
| <input type="checkbox"/> Transportación <input type="checkbox"/> Oficina principal/Admin. <input type="checkbox"/> Otro (especifique): | | | |
| Firma de la enfermera de la escuela: | | | Fecha: |