

Plan de Manejo de Asma

Nombre: _____ Fecha de nacimiento _____

Doctor: _____ Fecha: _____

Teléfono del doctor o la clínica: _____

Predicho/Su Mejor Cifras De Flujo Lectura: _____

Asthma Triggers

Try to stay away from or control these things:

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Ejercicio | <input type="checkbox"/> Humo, olores fuertes o spray |
| <input type="checkbox"/> Moho | <input type="checkbox"/> Resfriados/Infecciones respiratorias |
| <input type="checkbox"/> Alfombras | <input type="checkbox"/> Polvo/polvo de tiza |
| <input type="checkbox"/> El polen | <input type="checkbox"/> Cambio en la temperatura |
| <input type="checkbox"/> Animales | <input type="checkbox"/> Ácaros |
| <input type="checkbox"/> Cucarachas | <input type="checkbox"/> Alimentación _____ |
| <input type="checkbox"/> Alergias estacionales | <input type="checkbox"/> Otros _____ |

1. Green - GO

- La respiración es buena
- No hay tos o silbido
- Puede trabajar y jugar.



0 Cifras de flujo _____ a _____ (80-100%)

Utilice estos medicamentos *todos los días* para mantenerse en la zona verde:

<u>Medicina:</u>	<u>Cuanto tomar:</u>	<u>Quando tomarla:</u>	<input type="checkbox"/> En casa
_____	_____	_____	<input type="checkbox"/> Escuela

5-15 minutos antes participar en ejercicio muy fuerte, use Albuterol _____ (soplos).

2. Yellow - Caution



Tos



Silbido



Pecho oprimido



Despierta de noche

0 Cifras de flujo _____ a _____ (80-100%)

Siga usando controlador de zona verde medicamentos todos los días.

Añadir estos medicamentos para evitar que empeore el ataque de asma:

<u>Medicina:</u>	<u>Cuanto tomar:</u>	<u>Quando tomarlo:</u>
Albuterol o dosis _____	<input type="checkbox"/> 2 soplos de inhalador <input type="checkbox"/> 4 soplos de inhalador <input type="checkbox"/> con espaciador (si está disponible) <input type="checkbox"/> por nebulizador	<input type="checkbox"/> Puede repetir cada 20 minutos hasta 3 a primera hora, si es necesario

Si los síntomas No **Mejoran** después de la primera hora de tratamiento, ir a la **zona roja**

Si los síntomas **Mejoran** después de la primera hora de tratamiento, continuar:

Albuterol o dosis _____	<input type="checkbox"/> 2 soplos de inhalador <input type="checkbox"/> 4 soplos de inhalador <input type="checkbox"/> con espaciador (si está disponible) <input type="checkbox"/> por nebulizador	<input type="checkbox"/> Cada 4 - 8 horas por _____ días
-------------------------------	--	--

_____, _____ veces al día por _____ días En casa
(corticosteroides orales) (cuánto) Escuela

¡Llame a su médico si sigue teniendo algunos síntomas durante más de 24 horas!

3. Red - Danger

- La medicina no esta ayudando.
- La respiración es difícil y rápida.
- Las ventanas nasales están muy abiertas.
- No puede caminar.
- Las costillas se pueden ver.
- No puede hablar bien.



0 Cifras de flujo _____ (menos de 50%)

¡Llame a su médico y/o padres/guardián AHORA!

Tome estas medicinas hasta hablar con un médico o sus padres/guardián:

<u>Medicina:</u>	<u>Cuanto tomar:</u>	<u>Quando tomarlo:</u>
Albuterol o dosis _____	<input type="checkbox"/> 2 soplos de inhalador <input type="checkbox"/> 4 soplos de inhalador <input type="checkbox"/> con espaciador (si está disponible) <input type="checkbox"/> por nebulizador	<input type="checkbox"/> Puede repetir cada 20 minutos hasta que reciba ayuda

_____, _____ veces al día por _____ días En casa
(corticosteroides orales) (cuánto) Escuela

Llame Llame al 911 para síntomas graves, si los síntomas no mejoran, o si no puede comunicarse con su médico y/o padres/guardián.

I have instructed this student in the proper way to use his/her inhaler. It is my professional opinion that he/she should be allowed to carry this medication and administer to himself/herself.

Physician's Signature _____ Date: _____

Physicians name & address STAMP

Copy for: patient chart school



Plan de Manejo de Asma School Action Plan

Name of Student: _____

DOB: _____

School: _____

Grade/Teacher: _____

Bus #: _____ Bus Driver: AM: _____

PM: _____

All medication for use at school will be furnished by parent or guardian in a container properly labeled by a pharmacist with identifying information (e.g., name of child, medication dispensed, dosage prescribed, and the time it is to be given or taken).

Parent Permission

I give permission for my child to carry and self-administer his/her inhaler.

*Parent/guardian must provide an extra inhaler to be kept at school in case of emergency.

I DO NOT give permission for my child to carry and self-administer his/her inhaler.

I hereby give my permission for my child to receive medication during school hours. This medication has been prescribed by a licensed physician. I hereby release the School Board and their agents and employees from all liability that may result from my child taking the prescribed medication. This consent is good for the year, unless revoked.

I give permission to the school nurse and other designated staff members of Johnston County Schools to perform and carry out the tasks as outlined by this Asthma Action Plan. I also consent to the release of the information contained in this Asthma Action Plan to all staff members and other adults who have custodial care of my child and who need to know this information in order to maintain my child's health and safety.

Acknowledged and received by:

Parent/Guardian _____ Date _____

Parent Email address _____

EMERGENCY CONTACTS: Name/Relation

1. _____ a) home _____ b) work _____ c) cell _____

2. _____ a) home _____ b) work _____ c) cell _____

3. _____ a) home _____ b) work _____ c) cell _____

Principal's Signature _____

Date _____

School Nurse's Signature _____

Date _____