AUSTIN Independent School District | Health Services and Nursing

Plan de Accion en casos de Asma

Nombre del Estudiante _____ Identificacion del estudiante _____ Fecha de Nacimiento _____

Contacto de emergencia _____ Teléfono _____ Nombre del Escuela _____

UN MEDICO PARA COMPLETAR ESTA SECCION

SEVERITY CLASSIFICATIONS

☐ Intermitente
☐ Leve Persistente
☐ Moderado Persistente
☐ Severo Persistent

DISPARADORES

☐ Resfrío
☐ Ejercicio
☐ Humo
☐ Animales
☐ Temperatura
☐ Comida
☐ Polen de las plantas
☐ Mohos
☐ Polvo
☐ Otro: _____

EJERCICIO

☐ Antes de medicinas (cuanto y cuando)
☐ Modificación de ejercicio _____

ZONA VERDE: HACIENDO BIEN

SINTOMAS:
- La respiración es buena.
- No toz o silbido/resuello
- Puede trabajar y jugar
- Duerme bien por la noche

PLAN Toma medicamentos de control

Medicimiento(s)	Cuanto/ Que Cantidad	Con Que Frecuencia / Cuando
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____

ZONA AMARILLO: EMPEORANDO CONTACTE AL MEDICO SI UTILIZA MEDICINA DE ALIVIO RÁPIDO PARA MAS DE DOS VECES A LA SEMANA

SINTOMAS:
- Algunos problemas para respirar
- Tos, silbido/resuello leve, o pecho apretado
- Dificultad en caminar o hablar
- Despertarse por la noche

PLAN Continuar medicamentos de control y también agregra medicinas preventivas

Medicamiento(s)	Cuanto/ Que Cantidad	Con Que Frecuencia / Cuando
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____

Si sus síntomas regresan a la ZONA VERDE después de 1 hora de tratamiento de alivio rápido:

- Tome el medicamento de alivio rápido cada 4 horas durante uno a dos días.
- Cambie su medicamento de control a largo plazo por: _____
- Comuníquese con su médico para recibir atención de seguimiento.

Si sus síntomas NO regresan a la ZONA VERDE después de 1 hora de tratamiento de alivio rápido:

- Vuelva a tomar el medicamento de alivio rápido.
- Cambie su medicamento de control a largo plazo por: _____
- Llame a su médico dentro de las _____ hora(s) de modificar su rutina de medicamentos.

ZONA ROJO: MEDICAL ALERTA MÉDICA PARA AMBULANCIAS Y SERVICIOS MÉDICOS DE EMERGENCIA, LLAME AL 911

SINTOMAS:
- Muchos problemas para respirar
- No puede caminar o jugar
- Empeorando en lugar de mejorar
- La medicina no está ayudando

PLAN Continuar medicamentos de control y también agregra las medicinas apuntados abajo

Medicamiento(s)	Cuanto/ Que Cantidad	Con Que Frecuencia / Cuando
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____

VAYA AL HOSPITAL O LLAME AL 911 SI:

- Todavía en la ZONA ROJA después de 15 minutos
- No ha podido comunicarse con su médico

LLAME AL 911 INMEDIATAMENTE SI ESTAS SEÑALES DE PELIGRO ESTÁN PRESENTES

- Problemas para caminar o hablar debido a la dificultad para respirar
- Los labios o las uñas están azules.

AUTORIZACIÓN DEL MÉDICO

Autorización de Medicamentos: Dele a este estudiante el medicamento apuntados anteriormente de acuerdo con mis instrucciones.
Autorización de Autotransporte y Autoadministración: Este estudiante es capaz de llevar y autoadministrarse este medicamento: **Si** ☐ **No** ☐

_____ _____
Firma del Medico Fecha

Nombre del Medico _____
Teléfono: _____

AUTORIZACIÓN DEL PADRE/TUTOR

Autorización de Medicamentos: Solicito que el personal de la escuela administre medicamentos a mi hijo de acuerdo con las instrucciones del médico en este plan.
Autoadministración: Solicito que se le permita a mi hijo llevar y autoadministrarse medicamentos de alivio rápido si el médico está de acuerdo **Si** ☐ **No** ☐

_____ _____
Firma del Padre/Tutor Fecha

Nombre del Padre/Tutor: _____
Teléfono: _____