

El Distrito Escolar de Jefferson

Política del Comité Escolar JHCA-E(6)
Guía para la implementación

Foto del/de la niño/a

PLAN DE CUIDADO DE ASMA EN LA ESCUELA

Nombre:	Fecha de nacimiento:
Maestro/a:	Grado:
Padre/madre/apoderado:	Teléfono celular:
Teléfono de casa:	Teléfono de trabajo:
Otro contacto:	Teléfono:
Hospital preferido:	

Causas: Clima (aire frío, viento) Enfermedad Ejercicio Humo Perro/gato Polvo Moho Polen
Otra: _____

ZONA VERDE: PASOS DE TRATAMIENTO ANTES DE EJERCICIO (Médico/a favor de completar esta sección)

- Dar 2 soplos de medicamento (*nombre*) _____ 15 minutos antes de actividad (Circular indicación: clase de educación física, ejercicios/deportes, recreo) Explicación: _____
 Repetir en 4 horas si sea necesario para actividad física adicional o continua

ZONA AMARILLA: ENFERMO/A – ASMA DESCONTROLADA (Médico/a completar dosis para medicamento de rescate)

SI SE VE ESTO:	HACER ESTO:
<ul style="list-style-type: none"> - Respiración difícil - Sibilancia - Tos frecuente - Se queja de restricción en el pecho - Uno se puede tolerar actividades regulares, pero todavía está hablando con frases completas - Otro: 	<ul style="list-style-type: none"> - Parar la actividad física - Dar medicamento de rescate (<i>nombre</i>): _____ <input type="checkbox"/> 1 soplo <input type="checkbox"/> 2 soplos <input type="checkbox"/> Por espaciador <input type="checkbox"/> otro: _____ - Si no se mejora en 10-15 minutos, repita el uso del medicamento de rescate: <input type="checkbox"/> 1 soplo <input type="checkbox"/> 2 soplos <input type="checkbox"/> Por espaciador <input type="checkbox"/> otro: _____ - Si los síntomas del/de la alumno no se mejoran o se empeoran, llamar 911 - Quedarse con el/la alumno/a y mantener una posición sentada - Llamar a los padres/apoderados y el/la enfermero/a de la escuela - El/la alumno/a puede continuar actividades normales cuando se siente mejor

- Si no hay medicamento de rescate en la escuela:
- Llamar a los padres/apoderados para recoger al/a la alumno/a y/o traer inhalador / medicamentos a la escuela
 - Informarles que si no pueden llegar a la escuela, se puede llamar 911

ZONA ROJA: SITUACIÓN DE EMERGENCIA (Médico/a completar dosis para medicamento de rescate)

SI SE VE ESTO:	HACER ESTO INMEDIATAMENTE:
<ul style="list-style-type: none"> - Tos constante - Respiración trabajosa o agitada - Dificultad con hablar (puede decir solo 3-5 palabras) - Piel del pecho y/o cuello se hunde al respirar - Labios o uñas son grises o azules - ↓ nivel de conciencia 	<ul style="list-style-type: none"> - Dar medicamento de rescate (<i>nombre</i>): _____ <input type="checkbox"/> 1 soplo <input type="checkbox"/> 2 soplos <input type="checkbox"/> Por espaciador <input type="checkbox"/> otro: _____ - Si no se mejora en 10-15 minutos, repita el uso del medicamento de rescate: <input type="checkbox"/> 1 soplo <input type="checkbox"/> 2 soplos <input type="checkbox"/> Por espaciador <input type="checkbox"/> otro: _____ - Llamar 911 Informar al/a la asistente que la razón por la llamada es asma - Llamar a los padres/apoderados y el/la enfermero/a de la escuela - Recomendarle al/a la alumno/a que respire más despacio y más profundamente - Quedarse con el/la alumno/a y mantenerse tranquilo/a - <i>El personal de la escuela no debe manejar al/a la alumno/a al hospital</i>

INSTRUCCIONES para USO DEL INHALADOR DE RESCATE: (MÉDICO/A: FAVOR DE MARCAR LA(A) CAJA(S) APROPIADA(S))

El/la alumno/a entiende el uso apropiado de sus medicamentos de asma y en mi opinión puede cargar y usar su inhalador en la escuela independientemente.
 El/la alumno/a debe notificar a sus oficiales designados de salud después de usar el inhalador
 El/la alumno/a necesita supervisión o ayuda para usar su inhalador. Si no lo cargo, el inhalador está en: _____
 El/la alumno/a tiene una alergia fatal, el Epi-pen® está en: _____

FIRMA DEL/DE LA MÉDICO/A FAVOR DE ESCRIBIR EL NOMBRE DEL/DE LA MÉDICO/A **FECHA**
 Doy permiso para que el personal de la escuela comparta esta información, siga este plan, administre medicamento y cuide a mi hijo/a y, si sea necesario, comunicarse con nuestro/a médico/a. Asumo toda responsabilidad por proveer a la escuela con el medicamento recetado y aparatos de entrega/monitoreo. Apruebo este Plan de Cuidado de Asma para mi hijo/a.

FIRMA DE PADRE/MADRE **FECHA**

 Plan de 504 (o) PEI

Firma de enfermero/a de la escuela _____ Fecha _____
 Copias del plan provistas a: Maestros Ed. física/entrenador/a Director/a Oficina principal Chofér de autobús
 Otro: _____