

# Plan de Manejo de Asma



Nombre: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento \_\_\_\_\_

Escuela: \_\_\_\_\_ Grado/Profesor: \_\_\_\_\_

Doctor: \_\_\_\_\_ Clínica: \_\_\_\_\_

Teléfono del doctor o la clínica: \_\_\_\_\_

## Causantes del asma

*Trate de mantenerse fuera o de controlar estas cosas:*

- Ejercicio
- Humo, olores fuertes o spray
- Moho
- Resfriados/Infecciones respiratorias
- Alfombras
- Polvo/polvo de tiza
- Comida/otro
- Cambio en la temperatura
- Animales
- Alimentación \_\_\_\_\_
- Cucarachas
- El polen/alergias estacionales

## 1. Verde - Siga

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



O Cifras de flujo \_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_ (80-100%)

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

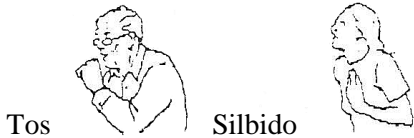
Medicina: \_\_\_\_\_ Cuanto tomar: \_\_\_\_\_ Cuando tomarla:  En casa  Escuela

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

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

## 2. Amarillo – Precaución



Tos Silbido



Pecho oprimido Despierta de noche

O Cifras de flujo \_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_ (50-80%)

*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>Cuando tomarlo:</u>
Albuterol	<input type="checkbox"/> 2 soplos de inhalador	<input type="checkbox"/> Puede repetir cada
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 4 soplos de inhalador	20 minutos hasta 3 dosis
_____	<input type="checkbox"/> con espaciador, si está disponible	a primera hora, si es
	<input type="checkbox"/> por nebulizador	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	<input type="checkbox"/> 2 soplos de inhalador	<input type="checkbox"/> Cada 4 - 8 horas
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 4 soplos de inhalador	por _____ días
_____	<input type="checkbox"/> con espaciador, si está disponible	
	<input type="checkbox"/> por nebulizador	

\_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_ veces al día por \_\_\_\_\_ días  En casa  Escuela

(corticosteroides orales) (cuánto)

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

**¡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>Cuánto tomar:</u>	<u>Cuando tomarla:</u>
Albuterol	<input type="checkbox"/> 4 soplos de inhalador	<input type="checkbox"/> Puede repetir cada 20
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 6 soplos de inhalador de	minutos hasta que
_____	<input type="checkbox"/> con espaciador, si está disponible	reciba ayuda
	<input type="checkbox"/> por nebulizador	

\_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_ veces al día por \_\_\_\_\_ días  En casa  Escuela

(corticosteroides orales) (cuánto)

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

## 3. Rojo - Peligro

- 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.



O Cifras de Flujo \_\_\_\_\_ (menos de 50%)

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 it to himself/herself.

Date: \_\_\_\_\_

Place Physician Name & Address Stamp Above

Physician Signature

Copy for:  patient  chart  school

# Plan de Manejo de Asma



## School Action Plan

Name of Student: \_\_\_\_\_ DOB: \_\_\_\_\_

School: \_\_\_\_\_ Grade/Teacher: \_\_\_\_\_

Bus Driver AM: \_\_\_\_\_ Bus Driver 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 inhale. 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 \_\_\_\_\_