PLAN DE CUIDADO DEL ASMA EN LAS ESCUELAS DE COLORADO

Y ÓRDENES DE MEDICACIÓN

Nombre: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

Maestro/maestra:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Grado:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Padre/Tutor: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Teléfono móvil: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Teléfono de casa: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Teléfono del trabajo:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Otro contacto: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Teléfono:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Hospital de preferencia: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Desencadenantes: Clima, (aire frío, viento), Enfermedad, Ejercicio, Humo, Perro/Gato, Polvo, Moho, Polen

Otro:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Ubicación de la medicación: \_\_\_oficina de la escuela \_\_\_posesión del estudiante en todo momento \_\_\_otra ubicación, (lista). \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

ZONA VERDE: PASOS DE PREPARACIÓN PARA EL EJERCICIO (El proveedor de salud debe completar la sección)

\_\_\_\_\_ Administrar 2 inhalaciones de un medicamento de alivio rápido, (nombre) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 15 minutos antes de la actividad, (Circular indicación: Clase de educación física, explicación:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ Repetir en 4 horas si es necesario para una actividad física adicional o continua

ZONA AMARILLA: ENFERMO - ASMA NO CONTROLADO, (El proveedor de salud completa la dosis para el alivio rápido del medicamento).

**SI VES ESTO**

Dificultad para respirar

 Sibilancias

 Tos frecuente

 Se queja de opresión en el pecho

 No puede tolerar las actividades habituales pero

sigue hablando con frases completas

Otros:

**HAGA ESTO:**

Deja de hacer actividades físicas

 Administrar medicamento de alivio rápido (nombre): \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ 2 inhalaciones \_\_\_\_\_mediante cámara espaciadora \_\_\_\_\_\_con mascarilla otro: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 Si no mejora en 10-15 minutos, repita el uso del medicamento de rescate:

\_\_\_\_\_ 2 inhalaciones \_\_\_\_\_\_mediante cámara de aire \_\_\_\_\_con máscara otro: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 Si los síntomas del alumno/a no mejoran o empeoran, llame al 911

 Permanezca con el estudiante y manténgalo/a sentado/a

 Llame a los padres/tutores y a la enfermera de la Escuela

 El estudiante puede retomar sus actividades normales una vez que se sienta mejor.

*Si no hay un inhalador de alivio rápido en la escuela: Llame a los padres/tutores para que recojan al alumno/a y/o lleven el inhalador/medicamentos a la Escuela.*

 *Informarles de que si no pueden llegar a la Escuela, debemos de llamar al 911.*

ZONA ROJA: SITUACIÓN DE EMERGENCIA (El proveedor de servicios de salud completa la dosificación del medicamento de alivio rápido)

**SI VES ESTO:**

Tose constantemente

 Lucha o jadea para respirar

 Dificultad para hablar, (sólo puede decir 3-5 palabras)

 La piel del pecho y/o del cuello se retrae con la

respiración

 Los labios o las uñas son grises o azules

 ↓ Nivel de conciencia

**HAGA ESTO:**

Dar un medicamento de alivio rápido (nombre):\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

2 inhalaciones a través del espaciador Con máscara otro:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 Repita la medicación de alivio rápido si el alumno no mejora en 10-15 minutos

2 inhalaciones Mediante cámara de aire Con mascarilla otro:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Remitirse al plan de anafilaxia si el alumno tiene una alergia que pone en peligro su vida.

 Llamar al 911 Informar al asistente que el motivo de la llamada es el asma

 Llame a los padres/tutores y a la enfermera de la escuela

 Anime al alumno a respirar más lentamente y más profundamente

 Permanezca con el estudiante y mantenga la calma

 El personal de la escuela no debe llevar al estudiante al hospital

INSTRUCCIONES PARA EL USO DEL INHALADOR DE ALIVIO RÁPIDO: (PROVEEDOR DE SALUD: MARQUE LA CASILLA CORRESPONDIENTE)

El estudiante entiende el uso apropiado de sus medicamentos para el asma y en mi opinión, puede llevar y usar su inhalador en la Escuela de forma independiente

El estudiante debe notificar a los funcionarios de salud de su escuela designados después de usar el inhalador.

El estudiante necesita supervisión o ayuda para usar su inhalador.

El estudiante tiene una alergia que pone en peligro su vida, consulte el plan de anafilaxia.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

FIRMA DEL PROVEEDOR DE ATENCIÓN MÉDICA POR FAVOR ESCRIBA EL NOMBRE DEL PROVEEDOR EN LETRA DE MOLDE FECHA

Doy permiso para que el personal de la escuela comparta esta información, siga este plan, administre la medicación y cuide a mi hijo/a y si es necesario

se ponga en contacto con el médico. Asumo toda la responsabilidad de proporcionar a la escuela la medicación prescrita y los dispositivos de administración/monitoreo. Apruebo

este Plan de Atención del Asma para mi hijo/a.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

FIRMA DE LOS PADRES FECHA

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Plan 504 o IEP

Firma de la enfermera de la escuela FECHA

Copias del plan proporcionadas a: Maestros \_\_ Educación Física/Entrenador \_\_ Director\_\_\_ Oficina Principal \_\_ Conductor de Autobús \_\_ Otro

 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

PARENT SIGNATURE DATE

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Copies of plan provided to: Teachers \_\_ Phys Ed/Coach \_\_ Principal\_\_\_ Main Office \_\_ Bus Driver \_\_ Other \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_