

Nombre del alumno: _____ Fecha de nacimiento: _____

Medicamentos de rescate para el asma:

Véase el Plan de acción contra el asma adjunto:

Por favor, siga el plan de tratamiento detallado en la Zona verde para el tratamiento de la actividad/ejercicio y el plan de medicación de rescate para las zonas verde, amarilla y roja, según los síntomas del asma. Los medicamentos de rescate incluyen: albuterol, levalbuterol, budesonida/formoterol, mometasona/formoterol, y pueden incluir un esteroide inhalado combinado con albuterol o levalbuterol.

Entre los efectos secundarios habituales de estos medicamentos de rescate se encuentran el aumento de la frecuencia cardiaca y respiratoria, el nerviosismo y la infección bucal. Enjuáguese la boca después de su uso. El número máximo de budesonida/formoterol o mometasona/formoterol en un día es: 8 bocanadas (<12 años), 12 bocanadas (>12 años).

El alumno puede llevar y autoadministrarse sus inhaladores

Debe administrarse un tratamiento antes de la actividad, incluso antes de la educación física/recreo:

Con toda la actividad Solo cuando el niño o el personal de la escuela consideren que lo necesita

Si un estudiante se encuentra en la Zona roja, aplíquelo inmediatamente el tratamiento de rescate y llame al 911. Por favor, siga los planes de emergencia de la escuela, de acuerdo con las normas de la escuela/sistema escolar.

Medicamentos de control:

Solo deben administrarse en la escuela los siguientes medicamentos de control o esteroides:

	Dosis por la mañana	Dosis por la tarde

Si no figura en el Plan de acción contra el asma

Desencadenantes:

Los desencadenantes específicos de la escuela incluyen: _____

Gravedad del asma: Intermitente Leve Persistente Persistente moderado Persistente grave

Ha tenido muchas o graves crisis/exacerbaciones de asma

Póngase en contacto con el proveedor de tratamiento para el asma que aparece aquí si tiene alguna pregunta o duda sobre estas órdenes, o si el alumno no dispone de los medicamentos adecuados/correctos en la escuela.

Nombre impreso del proveedor del tratamiento para el asma y la información de contacto:

Firma del proveedor del tratamiento para el asma::

Fecha:

Permiso de los padres/tutores: Doy permiso para que los medicamentos enumerados en el Plan de acción contra el asma sean administrados en la escuela por la enfermera u otros miembros de la escuela de acuerdo con las normas escolares. Doy mi consentimiento para que se comparta la información médica entre el proveedor de atención médica/clínica que prescribe el medicamento, la enfermera de la escuela y el asesor médico de la escuela necesaria para el control del asma y la administración de este medicamento.

Firma del padre/madre/tutor:

Fecha:

Para uso escolar: La enfermera escolar está de acuerdo con que el alumno se autoadministre los inhaladores

Enfermera escolar Recibido/Firma:

Fecha:

Por favor, envíe una copia firmada de vuelta al proveedor al contacto indicado arriba.