

# Órdenes de Tratamiento Complementarias para la Escuela

(Se enviarán con el plan de acción contra el asma)

Nombre del alumno:

Fecha de nacimiento:

Medicamentos de rescate para el asma:

Ver plan de acción contra el asma adjunto:

Por favor, siga el plan de tratamiento detallado en la zona Verde para tratamiento de actividad/ejercicio y plan de medicamento de rescate para las zonas Verde, Amarilla y Roja, según los síntomas del asma.

Los efectos colaterales comunes del albuterol/levalbuterol incluyen incremento de la frecuencia cardíaca y desasosiego.

El alumno puede llevar inhaladores y autoadministrarlos

El tratamiento preactividad, incluso antes de educación física/receso, debería darse:

Con toda actividad       Solamente cuando el niño/la niña o el personal escolar sienten que él/ella lo necesita

Si un alumno está en la Zona Roja, de inmediato adminístrele el tratamiento de rescate y llame al 911. Por favor, siga los planes de emergencia de la escuela según las políticas de la escuela/del sistema escolar.

Medicamentos de control:

Solamente los siguientes medicamentos de control o esteroides deben ser administrados en la escuela:

	Dosis AM	Dosis PM

Si no está listado en el Plan de Acción contra el Asma:

Disparadores:

Los disparadores específicos de la escuela incluyen:

Gravedad del asma:  Intermitente     Persistente leve     Persistente moderada     Muy persistente  
 Él/ella ha tenido muchos o graves ataques/crisis de asma

Por favor, póngase en contacto con el proveedor de cuidados médicos contra el asma listado aquí si tiene preguntas o dudas con respecto a estas órdenes o si el alumno no tiene medicamentos adecuados/correctos en la escuela.

Nombre en imprenta e información de contacto del proveedor de cuidados médicos contra el asma:

Firma del proveedor de cuidados médicos contra el asma:

Fecha:

Permiso del padre-madre/tutor: Doy permiso para los medicamentos listados en el plan de acción contra el asma a ser administrados en la escuela por la enfermera u otros miembros de la escuela de acuerdo con la política escolar. Acepto que se comparta información sobre salud entre el proveedor de atención médica/clínica a cargo de prescribir los medicamentos, la enfermera escolar, y el asesor médico escolar, que sea necesaria para el control del asma y la administración de este medicamento.

---

Firma del padre-madre/tutor:

Fecha:

Para uso de la escuela: La enfermera de la escuela está de acuerdo en que el alumno se autoadministre los inhaladores – Recibido enfermera de la escuela /

Firma:

Fecha:

Por favor, devuelva una copia firmada al proveedor en la lista de contactos que aparece arriba.

Página de