

**Williamson County Schools**  
**Plan de acción para la escuela en caso de asma**  
 (este formulario debe firmarlo el doctor)

Nombre del estudiante \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento \_\_\_\_\_

Escuela \_\_\_\_\_ Grado \_\_\_\_\_ Ciclo escolar \_\_\_\_\_

**RIESGO DE ASMA:**             Leve             Moderado             Grave

Desencadenantes (lista) \_\_\_\_\_

Medicamentos de control que toma en casa \_\_\_\_\_

**PLAN DE ACCIÓN DE EMERGENCIA**

1. Contactar con la enfermera escolar al \_\_\_\_\_.
2. Alentar que el alumno permanezca calmo, respire lento y profundo y se siente erguido.
3. Administrar los medicamentos de emergencia de abajo.
4. Permanecer con el alumno y monitorear. La enfermera utilizará un oxímetro de pulso según necesidad.
5. LLAMAR al 911 si siguen los síntomas luego de 15 minutos o si hay dudas.
6. Notificar a los padres o contacto de emergencia.

**Llamar al 911 de inmediato si:**

- Problemas para caminar o hablar por falta de aire
- Labios o uñas azules
- Medicina no ayuda luego de 15 minutos
- Sin medicamento disponible y padres no disponibles

**ORDEN MÉDICA – MEDICAMENTOS DE EMERGENCIA**

Nombre del medicamento	Concentración y dosis a administrar	Cuándo administrar en la escuela

Instrucciones especiales \_\_\_\_\_

**Para medicamentos por inhalación (Marque UNO de los siguientes):**

He entrenado al alumno en la manera adecuada de usar su inhalador. En mi opinión profesional, debe tener PERMITIDO TENER CONSIGO y usar su inhalador prescrito.

En mi opinión profesional, este alumno NO DEBE tener consigo sus medicamentos de inhalación, pero deberá recibir ayuda de un adulto para su administración.

Firma del doctor \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

Nombre del doctor (molde) \_\_\_\_\_ Teléfono \_\_\_\_\_

**AUTORIZACIÓN DE LOS PADRES O TUTORES (Requerido)**

Doy permiso para que los medicamentos mencionados se administren en la escuela por la enfermera o personal entrenado. Doy consentimiento para la comunicación entre la enfermera escolar y el proveedor de salud que prescribe para discutir el manejo del asma y la administración de estos medicamentos. El padre/madre/tutor firmante acepta eximir y liberar al distrito escolar y sus directores, funcionarios, empleados, voluntarios y agentes de toda responsabilidad, reclamo, demanda o acción de cualquier tipo que surja de cualquier daño, pérdida o lesión que mi estudiante o yo/nosotros podríamos sufrir o que ahora tienen o pueden tener en el futuro como resultado de la administración de estos medicamentos.

Firma del padre madre o tutor \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

Nombre del padre, madre o tutor (imprenta) \_\_\_\_\_ Teléfono \_\_\_\_\_

Medicación recibida por \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_ Fecha venc. \_\_\_\_\_