

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 medicamentos de emergencia (debajo).
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
- No hay 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 enseñado al alumno 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

Doy permiso para que el medicamento mencionado se administre 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 este medicamento. Acepto que el Consejo Educativo de Williamson County no incurrirá en responsabilidad alguna y estará exento de cualquier reclamo de injuria por la administración de dicho medicamento.

Firma del padre madre o tutor _____ Fecha _____

Nombre del padre, madre o tutor (molde) _____ Teléfono _____

Contacto de emergencia _____ Teléfono _____

Medicación recibida por _____ Fecha _____ Fecha venc. _____