Teléfono de la escuela # \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

FAX de la escuela # \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Plan de Acción – Basado en Síntomas**

Nombre del Alumno: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Escuela: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Padre/Guardián: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Teléfono en Casa: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Celular: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Lo Siguiente debe ser completado por su **MÉDICO** (secciones #1, 2, 3 & 4):

1. Medicamento(s) (tomados en casa y las escuela): Favor de marque si se usa en la escuela

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 1. Medicamento de “**ALIVIO RÁPIDO”** | 1. | 🞏 Para la escuela |
| 2. | 🞏 Para la escuela |
| B. Medicamento de “**USO DIARIO”** (para control) | 1. | 🞏 Para la escuela |
| 2. | 🞏 Para la escuela |
| 3. | 🞏 Para la escuela |
| C. “**ANTES de PE o ESFUERZO** | 1. | 🞏 Para la escuela |
| 2. | 🞏 Para la escuela |

1. Para Alumnos tomando medicinas inhaladas (todos alumnos tiene que tomar su medicina en la oficina)

🞏 Asistir al alumno cuando tomando su medicamento en la oficina

🞏 Puede auto-administrarse/llevar en su persona la medicina de alivio rápido. Alumno demuestra competencia

1. Un ESPACIADOR (Aerochamber). Se recomienda el uso para todos los alumnos
2. **Marque los desencadenantes:** 🞏 tabaco 🞏 animales 🞏 cucarachas 🞏 limpiadores 🞏 humo de carros 🞏 perfumes/olores fuertes

🞏 el moho 🞏 polvo 🞏 aire frio 🞏 polen 🞏 ejercicio/esfuerza 🞏 insecticidas 🞏 pájaros 🞏 otro: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

1. Usando los SíNTOMAS abajo, determina la zona apropiado y siga el acción indicado:

|  |
| --- |
| **ZONA VERDE**  Síntomas: Respirando bien, no le falta aire durante día o noche, no hay tos, sin opresión en el pecho, puede hacer actividades normales y hacer ejercicio. |

|  |  |
| --- | --- |
| **ZONA AMARILLA**  Síntomas: Empezando a toser, silbido en el pecho, falta de aire no puede respirar, presión en el pecho, despertando de noche o limitaciones físicos | **Acción en la escuela**   1. Dar la medicina de “alivio rápido” 2. Notifique los padres si NO MEJORA después de 15 minutos de haberse tomado su medicina 3. Si no se ALIVIA siga el **PLAN de EMERGENCIA ESCOLAR** en la siguiente sección. 4. Si las síntomas se alivian, puede regresar a su clase   \*Notifique a los padres si ha usado inhalador de alivio rápido más de 2 veces. |

|  |  |
| --- | --- |
| **ZONA ROJA**  Síntomas: Tos fuerte, problemas hablando o caminando, encorvado, se ve azul, tiene silbido, o respiraciones muy bajos, mucha dificultad para respirar, moderados a graves restricciones de la actividad, sus síntomas son iguales o peor después de 30 minutes en la **ZONA AMARILLA.** | **Acción en la Escuela**   1. Dar la medicina de “alivio rápido” 2. Si las síntomas no mejoran dentro de 15 a 20 minutos después de tomar la medicina de “alivio rápido” o si sus síntomas desmejoran, Siga el **PLAN de EMERGENCIA ESCOLAR abajo.** |

**PLAN de EMERGENCIA ESCOLAR**

1. ***REPITE*** - la medicina de “Alivio Rápido” ahora mismo
2. **Llame 911** - Busque atención de emergencia
3. **Comuníquese con la familia/guardián**
4. **REPITE -** la medicina de “Alivio Rápido” en 20 minutos si ayuda no ha llegado o las síntomas no han mejorado
5. **Quédese con el estudiante hasta que llegue ayuda**

|  |
| --- |
| Nombre del Medico: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Firma: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Dirección: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Ciudad: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Código Postal: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |

Yo doy permiso a los empleados de la escuela que llamen al Medico para consultar & intercambiar información como necesario.

***Firma Padre/Guardián:* \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Fecha: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**