



**ASMA: PLAN DE EVALUACIÓN Y ACCIÓN**

Año escolar: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

ESTUDIANTE: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_ Grado \_\_\_\_\_

NOMBRE DEL PADRE / TUTOR: \_\_\_\_\_

DIRECCIÓN: \_\_\_\_\_

TELÉFONO DE CASA: \_\_\_\_\_ TELÉFONO CELULAR: \_\_\_\_\_

NOMBRE DEL PADRE / TUTOR: \_\_\_\_\_

DIRECCIÓN: \_\_\_\_\_

TELÉFONO DE CASA: TELÉFONO CELULAR: \_\_\_\_\_

En caso de que no podamos contactar con usted:

TELÉFONO DEL CONTACTO DE EMERGENCIA: \_\_\_\_\_

(Distinto de los padres) Nombre Relación Teléfono

**PLAN DIARIO DE MANEJO DE ASMA**

Identifique las cosas que comienzan un episodio de asma (marque todo lo que se aplica al estudiante):

<input type="checkbox"/> Ejercicio	<input type="checkbox"/> Olor o vapores fuertes	<input type="checkbox"/> Otros _____
<input type="checkbox"/> Infecciones respiratorias	<input type="checkbox"/> polvo de tiza	<input type="checkbox"/> Otros _____
<input type="checkbox"/> Cambio de temperatura	<input type="checkbox"/> Alfombras en la habitación	<input type="checkbox"/> Otros _____
<input type="checkbox"/> Animales	<input type="checkbox"/> Polen	<input type="checkbox"/> Otros _____
<input type="checkbox"/> Alimentos	<input type="checkbox"/> Moho	<input type="checkbox"/> Otros _____

Enumere cualquier medida de control ambiental, pre-medicamentos y / o restricciones dietéticas que el estudiante necesite para prevenir un episodio de asma:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**Monitorización de flujo máximo**

Mejor Numero Personal: \_\_\_\_\_ Tiempos de Vigilancia: \_\_\_\_\_

**Plan diario de medicamentos (medicamentos tomados en casa):**

	Nombre	Dosis
1.	_____	_____
2.	_____	_____
3.	_____	_____
4.	_____	_____

**PLAN DE EMERGENCIA PARA EL ASMA:** Completa con la opinión de su médico

La acción de emergencia es necesaria cuando el estudiante tiene síntomas tales como:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

O tiene un numero de flujo máximo de \_\_\_\_\_

***Pasos a seguir durante un episodio de asma:***

1. Administre los medicamentos que se enumeran abajo.
2. Pida al estudiante que regrese al salón de clases si \_\_\_\_\_
3. Póngase en contacto con el padre si \_\_\_\_\_
4. Busque atención médica de emergencia si el estudiante tiene alguno de los siguientes:
  - a. No mejora 15-20 minutos después del tratamiento inicial con la medicación y el pariente no puede ser alcanzado.
  - b. Flujo máximo de \_\_\_\_\_
  - c. Dificultad para respirar con:
    - i. Pecho y cuello retraído con respiración
    - ii. El niño está encorvado
    - iii. El niño está luchando para respirar
    - iv. Problemas para caminar o hablar
    - v. No puede continuar participando en la actividad escolar
    - vi. Los labios o las uñas son de color gris o azul

Medicamentos de Emergencia que se deben tomar en la escuela (requiere autorización de medicamento en el expediente):

Nombre	Dosis	Cuándo usar
1. _____		
2. _____		
3. _____		
4. _____		

Nombre del médico que trata el asma de su hijo: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Dirección Ciudad Teléfono Fax

Firma del Médico y Fecha \_\_\_\_\_

¿Puede la enfermera comunicarse con su médico en caso de que haya alguna pregunta o preocupación al hacer un plan para su hijo? Si \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Firma del padre Fecha

\_\_\_\_\_  
Repasado de la enfermera (nombre) Fecha