



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