Plan de acción contra el asma (AAP)

Plan de atención médica individualizado simplificado (sIHP)/Plan de acción de emergencia (EAP)

Formulario de autorización y autoadministración de medicamentos

de acuerdo con UCA 26-41-104

Departamento de Salud y Servicios Humanos de Utah/Departamento de Educación del Estado de Utah

Año escolar:

Foto

INFORMACIÓN DEL ESTUDIANTE

Estudiante:	Fecha de nacimiento:	Grado:	Escuela:
Padre:	Teléfono:		Correo electrónico:
Médico:	Teléfono:		Fax o Correo electrónico:
Enfermera escolar:	Teléfono de la escuela:		Fax o Correo electrónico:

Clasificación de gravedad

☐ Intermitente ☐ Persistente leve ☐ Moderado Persistente ☐ Severo Persistente

Desencadenantes

☐ Enfermedad ☐ Ejercicios ☐ Animales ☐ Humo ☐ Polvo ☐ Alimentos ☐ Clima ☐ Calidad del aire ☐ Polen

☐ Otro (especifique):

Calidad del aire

El estudiante debe permanecer en el interior cuando el índice de calidad del aire es:

☐ Moderado	☐ Enfermiso para grupos sensibles	☐ Enfermiso	☐ Otros:

Ejercicios

Tome medicamentos de alivio rápido (consulte el orden de los medicamentos en la sección Amarilla a continuación):

☐ Antes del ejercicio/exposición a un desencadenante

☐ Otro (especifique):

Verde: ¡Muy bien!	**Acción**		
El estudiante tiene TODOS estos: - La respiración es fácil. - Sin tos ni sibilancias - Capaz de trabajar y jugar normalmente	Medicamento de control (tomado en casa)	¿Cuánto?	¿Con qué frecuencia?

Amarillo: angustia leve a moderada	Acción		
El estudiante tiene CUALQUIERA de estos: - Tos o sibilancias - Opresión en el pecho - Dificultad para respirar - Despertarse por la noche	Medicamentos de alivio rápido	¿Cuánto?	¿Con qué frecuencia?
	Administrar vía ☐ Inhalador ☐ Nebulizador ☐ inhalador con espaciador	☐ El estudiante es independiente ☐ El estudiante necesita ayuda ☐ El estudiante necesita supervisión	
	1. Restrinja la actividad física y permita que descanse erguido. 2. No deje al estudiante desatendido. Observar continuamente durante 15 minutos. 3. Notificar a los padres/tutores. 4. Si mejora (respiración tranquila y fácil, sin tos ni sibilancias) puede regresar a clase. 5. Si no hay mejora llame a EMS y continue con la sección Roja de abajo.		

Rojo: Dificultad respiratoria severa	**Acción**
El estudiante tiene CUALQUIERA de estos: - Problemas para comer, caminar o hablar - Respiración fuerte y rápida. - La medicina no está ayudando - Los músculos de las costillas o del cuello se muestran al inspirar - Cambios de color en labios, uñas, piel	*¡Llamar a EMS!* 1. Repita ____ inhalaciones del medicamento de alivio rápido (cada 15 a 30 segundos de diferencia) cada ____ minutos hasta que llegue la ayuda médica. 2. Fomente la respiración lenta y permita que la persona descanse. 3. Actualizar a los padres/tutores. 4. No deje al estudiante desatendido. Observar continuamente hasta que llegue EM 5. ☐ Pedidos adicionales (especifique):

CONTINÚA EN LA SIGUIENTE PÁGINA →

Nombre del estudiante:	**Fecha de nacimiento:**	**Año escolar:**

COMPLETADO POR EL MÉDICO QUE RECETA

El estudiante mencionado arriba está bajo mi cuidado. Lo anterior refleja mi plan de atención para el estudiante mencionado anteriormente.

☐ **Es** médicamente apropiado que el estudiante lleve consigo y se autoadministre medicamentos para el asma, cuando pueda y sea apropiado, y esté en posesión de medicamentos y suministros para el asma en todo momento.

☐ **No es** médicamente apropiado que el estudiante lleve y se autoadministre este medicamento para el asma. Haga que el personal escolar apropiado/designado conserve el medicamento de este estudiante para usarlo si tiene síntomas en la escuela.

Nombre del médico que receta:	Teléfono:
Firma del médico que receta:	Fecha:

COMEPLETADO POR EL PADRE

Responsabilidades de los padres:

• El padre o tutor debe proporcionar el medicamento para el asma y llevarlo a la escuela en el envase original actual de la farmacia y la etiqueta de la farmacia con el nombre del niño, el nombre del medicamento, la hora de administración, la dosis del medicamento y el nombre del proveedor de atención médica.

• El padre o tutor u otro adulto designado entregará a la escuela y reemplazará el medicamento para el asma cuando esté vacío.

• Si un estudiante tiene un cambio en su receta, el padre o tutor es responsable de proporcionar a la escuela la información recién recetada y la información de dosis como se describe anteriormente. El padre o tutor completará un Plan de acción contra el asma actualizado antes de que el personal designado pueda administrar la receta actualizada de medicamentos para el asma.

Autorización del padre/tutor

☐ Autorizo a mi hijo a llevar y autoadministrarse el medicamento recetado descrito anteriormente. Mi estudiante es responsable y capaz de poseer o llevar y autoadministrarse un inhalador para el asma según UCA 53G-9-503. Mi hijo y yo entendemos que hay serias consecuencias por compartir cualquier medicamento con otros.

☐ No autorizo a mi hijo a llevar ni autoadministrarse este medicamento. Por favor, haga que el personal escolar apropiado/designado guarde los medicamentos de mi hijo para usarlos en caso de emergencia.

☐ Autorizo al personal escolar apropiado/designado a mantener los medicamentos de mi hijo para uso en caso de emergencia.

Firma del padre:	Fecha:

Como padre/tutor del estudiante mencionado anteriormente, doy mi permiso a la enfermera de la escuela y otro personal designado para administrar medicamentos y seguir el protocolo identificado en el plan de acción contra el asma. Acepto liberar, indemnizar y eximir de responsabilidad a los anteriores de demandas, reclamos de gastos, demandas o acciones, etc., en su contra por ayudar a este estudiante con el tratamiento del asma, siempre que el personal siga las instrucciones del médico recetador como está escrito en el plan de acción para el asma anterior. . Los padres/tutores y los estudiantes son responsables de mantener los suministros, medicamentos y equipos necesarios. Autorizo la comunicación entre el proveedor de atención médica que receta, la enfermera de la escuela, el asesor médico de la escuela y los proveedores de la clínica escolar necesaria para el control del asma y la administración de medicamentos. Entiendo que la información contenida en este plan se compartirá con el personal de la escuela según sea necesario y que es responsabilidad del padre/tutor notificar al personal de la escuela cada vez que haya algún cambio en el estado de salud o el cuidado del estudiante. .

Nombre del padre:	Firma:	Fecha:
nombre del contacto de emergencia:	Relación:	Teléfono:

ENFERMERA ESCOLAR (O designada principal si no hay enfermera de la escuela)

☐ Firmado por el médico y el padre	☐ El medicamento está debidamente etiquetado.	☐ Registro de medicación generado

La medicación se mantiene: ☐El estudiante lo tiene ☐Mochila ☐Salón ☐ Oficina de Salud ☐ Oficina principal

☐ Otro (especifique):

El Plan de Acción para el asma se comparte con el personal a medida de " se necesita saber": ☐ Maestro ☐ Maestro de EF ☐ Transportación ☐ Oficina principal/Admin. ☐Otro (especifique):

Firma de la enfermera de la escuela:	Fecha: