



Nombre del estudiante: _____ Fecha de nacimiento: _____ N° de identificación: _____ Grado: _____ Alergias a drogas: _____

Los síntomas del asma son debidos a: Ejercicio Enfermedad Polen Humo Contaminación del aire Animales Aire frío Mohos Comidas (Escriba) _____
 Otro (Escriba) _____

Si el estudiante tiene cualquiera de los siguientes síntomas: presión en el pecho, dificultad para respirar, jadeo, tos excesiva, respiración leve:
1. Detener actividad y ayudar al alumno a que se siente.
2. Mantener la calma y confortar al estudiante
3. Asistir al alumno con el uso del inhalador
4. Escotar al alumno a la oficina de la enfermera o llamar inmediatamente a la enfermera. ¡Nunca enviar al alumno solo a la oficina de la enfermera!
EL INHALADOR ESTÁ: En la oficina de la enfermera Lo tiene el alumno

¡LLAME A 911 SI EL NIÑO TIENE CUALQUIERA DE ESTOS SÍNTOMAS!
• La respiración no mejora después de tomar el medicamento.
• El alumno tiene dificultad para caminar y hablar.
• El estudiante tiene dificultad para respirar.
• El estudiante siente que el cuello y pecho se tensa al tratar de respirar.
• Los labios del alumno se ponen de color azulado.
• El alumno debe doblarse para tratar de respirar.

MÉDICO O PROVEEDOR DE CUIDADOS DE SALUD Complete todos los puntos en el casillero
Severidad del asma: Intermitente Persistente pero leve Persistente y moderada Persistente y severa
Medicamento para el control de la enfermedad en el hogar:

| Nombre del primer medicamento/Cantidad/Frecuencia | | Nombre del segundo medicamento/Cantidad/Frecuencia | |
|---|--|---|--|
| Z O N A V E R D E | *Capacidad de respiración _____ De 80 a 100% de capacidad máxima Síntomas del asma <ul style="list-style-type: none"> No tiene tos, no jadea ni tiene dificultad para respirar. Puede hacer todas las actividades normales, incluyendo jugar y hacer ejercicio. No tiene síntomas a la noche. No necesita medicamento para alivio rápido (inhalador) para eliminar los síntomas. Asma causada por ejercicios: Usa inhalador antes de ejercitar, según la siguiente orden médica: Nombre del medicamento/Cantidad/Frecuencia _____ | Z O N A A M A R I L L A | *Capacidad de respiración _____ De 50 de 80% de capacidad máxima Síntomas del asma <ul style="list-style-type: none"> Toser, jadear, dificultad para respirar o presión en el pecho. Usa más de lo usual el medicamento para alivio rápido (inhalador). Puede hacer ciertas actividades. Síntomas de asma en la noche. Agregar o cambiar estos medicamentos (Ver abajo): _____ _____ Nombre del medicamento/Cantidad/Frecuencia _____ <input type="checkbox"/> nebulizador _____ El padre o tutor legal debe llamar al médico si se usa el medicamento para alivio rápido (inhalador) más de dos veces por semana o los síntomas no desaparecen. |
| | | Z O N A R O J A | *Capacidad de respiración _____ Menos de 50% de capacidad máxima Síntomas del asma <ul style="list-style-type: none"> No hay medicamento disponible o no funciona Empeorar Respirar rápido y con esfuerzo Presión en pecho y cuello Dificultad para caminar o hablar Labios y uñas azuladas Doblar la espalda al respirar ¡Usar inmediatamente el medicamento para alivio rápido (inhalador)! Llamar al 911 y seguir tomando ese medicamento cada 20 minutos hasta que llegue personal de emergencia. Agregar o cambiar estos medicamentos (Ver abajo): _____ Nombre del medicamento/Cantidad/Frecuencia _____ <input type="checkbox"/> nebulizador _____ Otras drogas de emergencia _____ Contactar a padre y médico –Ver información abajo |

Fecha: _____ Firma del médico _____ Nombre del Médico (en imprenta) _____
Teléfono (médico) _____ Fax _____ Firma del padre o tutor legal _____

AUTOADMINISTRACIÓN: Al marcar ESTE casillero Y firmar ARRIBA, el médico y padre dan autorización escrita para que el niño lleve consigo y se auto suministre el medicamento prescrito para el asma durante el día escolar o en los eventos relacionados a la escuela.

La implementación de estas órdenes y cuidados incluye la autorización para contratar y dialogar sobre esta enfermedad y su cuidado con los médicos y otros proveedores de salud

Firma del padre o tutor legal _____ Fecha _____
Teléfono del hogar/celular _____ Teléfono del trabajo _____ Número de contacto adicional _____
Firma de enfermera escolar _____ Fecha _____ Teléfono _____ Fax _____

Las directivas del Distrito Escolar Independiente de Houston prohíben cualquier tipo de discriminación en base a edad, color, discapacidad, ascendencia, nacionalidad, estado civil, raza, religión, sexo, ser veterano de guerra, o afiliación política en sus programas y actividades académicas y en el empleo de individuos.