



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	Z O N A A M A R I L L A	*Capacidad de respiración _____ De 50 de 80% de capacidad máxima	Z O N A R O J A	*Capacidad de respiración _____ Menos de 50% de capacidad máxima
	Síntomas del asma • 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 _____		Síntomas del asma • 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 _____ ☐ 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.		Síntomas del asma • 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 _____ ☐ 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 contractar 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.