



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, pero no todas las actividades usuales. Síntomas de asma en la noche. Agregar o cambiar estos medicamentos (Ver abajo): Nombre del medicamento/Cantidad/Frecuencia _____ <input type="checkbox"/> 2 o <input type="checkbox"/> 4 inhalaciones cada 20 minutos por 1 hora <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): _____ <input type="checkbox"/> 4 o <input type="checkbox"/> 6 inhalaciones 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 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.