

DISTRITO ESCOLAR DEL ÁREA DE SHEBOYGAN
Departamento Instruccional y Servicios de Alumno

Año Escolar _____

Plan de Acción de Salud Para el Alumno con Asma
(Student Asthma Health Action Plan)

Nombre de Alumno _____ Fecha de Nacimiento _____

Escuela _____ Grado _____ Maestro/HR _____

Padre/Guardián _____

Domicilio _____

Telefono (Casa) _____ (Trabajo) _____ (Celular) _____

Médico que el alumno ve para el asma _____ Teléfono _____

Otro médico _____ Teléfono _____

¿Cuánto tiempo ha tenido su hijo asma? _____ meses/años _____

Por favor indique la severidad del asma (circule) (no severo) 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 (severo)

¿Qué tantos días cree usted que su hijo ha perdido escuela por causa del asma? _____ días

Identifique lo que causa un ataque de asma(indique lo que le aplique al alumno).

Ejercicio	Polen
Infecciones Respiratorias/Enfermedades	Moho
Clima	Cigarros/otra clase de humo
Animales	Emociones
Olor fuerte/humos	Otro _____
Polvo de tiza	Comida _____
Alfombra en el cuarto	Alergias _____

Comentarios _____

¿Qué síntomas tiene su hijo antes de un ataque de asma?

Ronquera, Aclarar la garganta	Toser
Círculos oscuros bajo los ojos	Cambios Faciales
Falta de respiración	Ansiedad, inquietud
Respirar asmáticamente	Tensión en el pecho

¿Qué hace su hijo en casa para aliviar un ataque de asma? (Indique lo que le aplique)

Para toda actividad	Inhalador
Ejercicios de respiración	Nebulizador
Descanso/relajación	Medicamento Oral
Tomar líquidos	Otras instrucciones para un ataque agudo
Sentarse en una posición derecha	de asma: _____
Toma medicinas	

Por favor escriba todas las medicinas que su hijo toma para el asma:

	Nombre de Medicina	Dosis	Frecuencia
(En la Escuela)	_____	_____	_____
	_____	_____	_____
(En la Casa)	_____	_____	_____
	_____	_____	_____

¿Ha sido enseñado su hijo a usar un spacer o otra ayuda con su inhalador? Sí No

Nota: Los padres son responsables en proveer medicina para tomar en la escuela. Una forma de Autorización de Medicamentos del Padre/Guardián (5330 F1) debe completarse y ser firmada por un médico cada año escolar. El medicamento debe estar en el envase original con la etiqueta. La ley de Wisconsin 118.291 permite a los alumnos cargar inhaladores con permiso escrito de padre y doctor. Es para el bien del alumno que el personal escolar sepa que su hijo tiene un inhalador en su persona para asistirlo/y supervisar la efectividad del mismo.

POR FAVOR COMPLETE Y FIRME EL LADO REVERSO DEL PLAN DE ACCIÓN

¿Necesita su hijo alguna clase de consideraciones especiales relacionadas con el asma mientras esté en la escuela? (Indique todo lo que aplica y describa brevemente).

- . Clase de gimnasio modificado _____
- . Recreo de afuera modificado _____
- . No animales domésticos en la clase _____
- . Evitando ciertas comidas _____
- . Cuidados emocionales o de comportamiento _____
- . Consideraciones especiales durante viajes escolares _____
- . Transportación especial de la escuela y para la escuela _____
- . Observación para efectos secundarios de medicamento _____
- . Otro: _____
- . Necesita su hijo observar lecturas de flujo aire máximo durante el día escolar? _____
 - Mejor Número de lectura de flujo aire máximo _____
 - Horarios que se debe de Monitorear _____

PLAN DE EMERGENCIA (para la escuela)

Acción de emergencia es necesaria cuando el alumno tiene síntomas de tos, falta de respiración, y/o dolor de pecho.

Vea el Plan Individual de Cuidado del Alumno

Si no hay un plan de cuidado, siga las acciones indicadas debajo:

1. Dar el medicamento como está autorizado
2. Que el alumno regrese al salón si los síntomas mejoran después del tratamiento. Continúe la observación de la condición del alumno a través del día.
3. Comuníquese con los padres/cuidado de emergencia si no hay mejoramiento.
4. Llame al 9-911 para buscar cuidado de emergencia médica si el alumno tiene alguno de lo siguiente:
 - No hay mejoría dentro de 15 a 20 minutos después del tratamiento inicial
 - Tiene dificultad en respirar con:
 - el pecho y cuello se sume cuando respira
 - el alumno está encorvado
 - el alumno está batallando para respirar
 - Dificultad en caminar y hablar
 - Deja de jugar y no puede comenzar la actividad otra vez
 - Los labios y uñas están gris o azul

Comentarios/Instrucciones Especiales: _____

Esta información puede ser compartida con los maestra del salón, conductor del autobús y otras personas apropiadas del personal escolar que tengan la necesidad de saber.

Firma del Padre/Madre o Guardián: _____ Fecha _____