



**SE DEBE MANTENER EN REGISTRO PERMANENTE. NO DESTRUIR.**  
**Plan de atención de emergencia para el asma**

Nombre del estudiante \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento \_\_\_\_\_

Estimado Padre/Guardián:

Entendemos que su niño tiene asma. Por favor complete esta forma y devuélvalo a la escuela lo más pronto posible. Si su niño necesita medicamentos en la escuela, debemos tener un formulario de autorización de medicamentos completo. Es su responsabilidad de informar al personal de la escuela con respecto a las necesidades médicas de su hijo. Si es necesario realizar cambios en este plan de atención, por favor de notificar a la enfermera de la escuela.

Enfermera Escolar

Telefono

**Zona Verde**

• La respiración es buena

• No tiene tos o resuello

• Puede trabajar y jugar sin síntomas o tomando descanso

1. Tomar medicamentos diariamente según ordenado por su doctor.

2. Evitar los desencadenantes (provocadores) cuando sea posible.

Los desencadenantes (provocadores) de mi hijo/a son:

\_\_\_ Pólen \_\_\_ Cambios de temperatura \_\_\_ Resfriados/Enfermedades

\_\_\_ Ejercicios \_\_\_ Perfumes/Químicos \_\_\_ Ácaros del polvo

**Zona Amarilla**

• Tosiendo

• Respiración ruidosa

• Apretón (tensión) del pecho

• Falta de aliento

1. Mantenga al estudiante calmado y descansando en una posición cómoda. **No deje solo al estudiante.**

2. Administrar medicamentos de rescate según lo ordenaron:

\_\_\_ Mi niño/a tiene medicamentos de emergencia localizado \_\_\_\_\_.

**Autorización de Medicamentos Requerida**

\_\_\_ Mi niño/a no requiere medicamentos de emergencia en la escuela.

**Los padres serán contactados por cualquier síntoma de asma.**

**Zona Roja**

• La medicina no esta ayudando

• La respiración es fuerte y rápido

• Dificultad para hablar

• Costillas muestran la inhalación

• Dilatación Nasal

1. Mantenga al estudiante calmado y descansando en una posición cómoda. **No deje solo al estudiante.**

2. Administrar medicamentos de rescate si esta disponible.

3. Llame al personal de primeros auxilios y el **9-1-1.**

La enfermera escolar puede comunicarse con el proveedor de cuidado de salud del estudiante:

Dr.: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

Firma de Padre/Guardián: \_\_\_\_\_

Fecha en que se completo el formulario: \_\_\_\_\_

Los maestros son responsables de establecer un medio de notificar a todos los demás que pueden asumir la responsabilidad de este estudiante (asistentes del maestro, maestros substitutos, profesores de especialidad), que este plan existe.