



## PAQUETE DE INFORMACIÓN ACERCA DEL ASMA PARA LOS PADRES

Estimado representante:

Por favor llene la información anexa y devuélvala a el/la enfermero/a de su escuela. Esta será compartida con las personas apropiadas tales como: el/la maestro/a de la clase y el/la profesor/a de educación física. Sus comentarios e instrucciones nos ayudarán a asistir a su estudiante durante una crisis de asma así como a minimizar los riesgos.

De acuerdo a las políticas de medicación de las escuelas públicas del Condado de Fayette, **TODOS** los medicamentos, incluyendo inhaladores, serán guardados en un lugar seguro y los/las estudiantes serán supervisados por el personal de la escuela cuando los estén tomando. El propósito de esta política es garantizar el uso seguro del medicamento, para prevenir errores, y prevenir que los/las niños/as compartan sus medicamentos con otros/as. Al personal de la escuela le es obligado por la política a ser responsable por la supervisión, administración y uso seguro de los medicamentos de los/las estudiantes, con excepción de lo que se indica a continuación:

**A los/las estudiantes les es permitido cargar sus inhaladores, si cumplen con las siguientes condiciones:**

- **Ha sido determinado que el/la estudiante es socialmente, cognitivamente, físicamente, emocionalmente y suficientemente maduro para cargar y administrar el inhalador.**
- **Los formularios de autorización del padre/madre/representante y el médico están completados y en el archivo de la escuela.**

**Cuando los/las estudiantes se auto-administran el medicamento, el personal de la escuela NO será responsable de controlar la frecuencia de uso, fecha de vencimiento, o la cantidad de medicamento disponible para el uso**

Por favor envíe una foto actual de el/la estudiante para que pueda ser fácilmente identificado/a. Esta información será distribuida de manera apropiada al personal de la escuela, según se necesite y podría incluir conductores/as del autobús, maestros/as sustitutos/as, personal de cafetería y otros que trabajen con el/la estudiante a diario.

Para mantener al estudiante seguro/a, por favor hágale saber inmediatamente a el/la enfermero/a de la escuela, acerca de cualquier cambio de la condición médica de su estudiante, tratamiento o números de teléfono de emergencia.

**Es necesario que usted entregue los siguientes documentos a el/la enfermero/a de la escuela del/la estudiante:**

- **Plan de Cuidado del Asma**
- **Formularios de Autorización de Medicación**

¡Esperamos tener un gran año con su estudiante!

Por favor comuníquese con el Programa de Servicios de Salud de la Escuela por el 288-2314, si tiene alguna pregunta.

**PLAN DE CUIDADO DEL ASMA**

**Año Escolar:** \_\_\_\_\_

**CONDICIÓN MÉDICA:** \_\_\_\_\_

*(Este forma estará disponible para los/las maestros/as y para el personal apropiado de la escuela)*

**Nombre del/la estudiante:** \_\_\_\_\_

**Fecha de nacimiento:** \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

**Alergias:** \_\_\_\_\_

**Escuela:** \_\_\_\_\_ **Maestro/a:** \_\_\_\_\_ **Grado:** \_\_\_\_\_

**Pasajero del autobús:**  SI  NO **Autobús #:** AM: \_\_\_\_\_ PM: \_\_\_\_\_ **No usa transporte**

**Nombre(s) del/la padre/madre/representante:** \_\_\_\_\_

**Dirección/Código Postal:** \_\_\_\_\_

**Médico:** \_\_\_\_\_ **Teléfono:** \_\_\_\_\_ **Hospital de preferencia:** \_\_\_\_\_

**Representante 1: – Casa:** \_\_\_\_\_ **Trabajo:** \_\_\_\_\_ **Celular:** \_\_\_\_\_

**Representante 2: – Casa:** \_\_\_\_\_ **Trabajo:** \_\_\_\_\_ **Celular:** \_\_\_\_\_

*Persona de contacto alterna en caso de emergencia:*

**Nombre:** \_\_\_\_\_ **Relación:** \_\_\_\_\_ **Teléfono:** \_\_\_\_\_

\*\*\*\*\*

1. Fecha de la última crisis de asma del/la estudiante \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

2. ¿Ha estado alguna vez el/la estudiante hospitalizado por asma? Si \_\_\_\_ No \_\_\_\_

3. ¿Qué le activa a su estudiante las crisis de asma? (Marque los recuadros que apliquen)

Polen  moho  polvo  plumas  caspa animal  perfume  contaminación ambiental

humo  Infecciones respiratorias  aire frío  cambios de clima  ejercicio intenso

Alimentos (Especifique) \_\_\_\_\_

Otros (Especifique) \_\_\_\_\_

4. ¿Cuáles son los síntomas del asma del/la estudiante? (Marque los recuadros que apliquen)

Tos  respiración sibilante  opresión en el pecho  ansiedad/agitación

dificultad para respirar/ falta de aire  Otros (Especifique) \_\_\_\_\_

5. Especifique el/los medicamento(s) que el/la estudiante toma para el asma:

**Nombre del Medicamento:** \_\_\_\_\_ **Dosis** \_\_\_\_\_ **Hora del Día** \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

6. Especifique cualquier otro(s) medicamento(s) que el estudiante toma para el asma:

**Nombre del medicamento:** \_\_\_\_\_ **Dosis** \_\_\_\_\_ **Hora del Día** \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

7. Ubicación del medicamento/inhalador: \_\_\_\_\_

8. Comentarios adicionales: \_\_\_\_\_

**Firma del/la padre/madre/representante:** \_\_\_\_\_ **Fecha:** \_\_\_\_\_

**Revisado por:** \_\_\_\_\_ **Fecha:** \_\_\_\_\_

