

Servicios de Salud del Distrito Escolar Independiente de Grand Prairie

**AUTO-ADMINISTRACION DE PRESCRIPCION DE MEDICAMENTO PARA ASMA
PLAN DE CUIDADO EN EMERGENCIAS**

Nombre de Estudiante: _____ Grado: _____ Escuela: _____
Nombre de Médico: _____ Número de Teléfono: _____

Contactos en Emergencia:

Padre/Guardián: _____ Teléfono en Hogar: _____
Teléfono en Trabajo: _____ Teléfono Celular: _____
Otro Contacto (Nombre/Teléfono): _____

Pasos a seguir durante un episodio de asma:

1. El estudiante debe revisar el medidor de flujo respiratorio (si usa un medidor de flujo)
2. Permita que el estudiante se auto-administre el medicamento prescrito para asma.
3. Lleve al estudiante a la clínica si los síntomas aumentan y/o disminuye el flujo respiratorio.
4. **Busque ayuda médica de emergencia si el niño tiene alguna de las siguientes:**

- No hay mejoría minutos después del tratamiento inicial.
- Dificultad para respirar con:
 - Músculos del pecho o cuello contraídos al respirar.
 - Encorvado hacia el frente.
 - Dificultad para respirar.
- Dificultad para caminar o hablar.
- Deja de jugar y no puede comenzar la actividad otra vez.
- Labios o uñas están grises o azules.

MEDICAMENTO – Vea las ordenes del médico sobre la auto-administración de medicamento prescrito para asma.

PERSONAL DE LA ESCUELA (con un “necesito saber”) notificado de la autorización para auto-administrarse medicamento prescrito para el asma:

	Inicial		Inicial
1.		4.	
2.		5.	
3.		6.	

REACCIONES ALERGICAS PASADAS:

Estos artículos tienen historial de haber iniciado síntomas de asma: _____

INSTRUCCIONES ESPECIALES: _____

He revisado el Plan de Cuidado en Emergencias según escrito y he hecho los cambios necesarios.

Firma de Padre: _____

Fecha: _____

Firma de Enfermera de la Escuela: _____

Fecha: _____