

DISTRITO ESCOLAR UNIFICADO DE POMONA
HEALTH SERVICES & PROGRAMS
PLAN DE ATENCIÓN SOBRE LA SALUD DEL ASMA
 (con medidor de flujo espiratorio máximo)

Nombre: _____ Fecha de Nacimiento: _____ Escuela _____ Fecha: _____

Factores que provocan el asma:

- | | | |
|---|---|---|
| <input type="checkbox"/> Ejercicio | <input type="checkbox"/> Resfriados (enfermedad vital) | <input type="checkbox"/> Pelaje de animales (tipo) _____ |
| <input type="checkbox"/> Moho | <input type="checkbox"/> Polen (árboles, pastos, hierbas) | <input type="checkbox"/> Emociones (entusiasmo, ansiedad, penas, tensión) |
| <input type="checkbox"/> Polvo | <input type="checkbox"/> Aire Frío (cambio de clima) | <input type="checkbox"/> Irritantes (gis o tiza, disolventes de limpieza, humo de cigarrillo, olores fuertes) |
| <input type="checkbox"/> Otro (especifique) _____ | | |

Síntomas:

- | | | |
|---|--|---|
| <input type="checkbox"/> Opresión en el pecho | <input type="checkbox"/> Respiración sibilante | <input type="checkbox"/> Tornarse azul |
| <input type="checkbox"/> Tos | <input type="checkbox"/> Falta de aliento | <input type="checkbox"/> Respiración rápida o dificultosa |

BUEN CONTROL (ZONA VERDE)

no tos rara o respiración sibilante
 tolera actividades fácilmente



PLAN

Medicamentos diarios (si hay) _____

Inhalador antes del ejercicio

(si se ha pedido) _____

Flujo máximo _____

EMPIORAMIENTO DEL ASMA (ZONA AMARILLA)

tos frecuente
 respiración corta o dificultosa
 más respiración corta con actividad
 utilizar el inhalado más frecuentemente



PLAN

Utilizar inhalador según las instrucciones

Evitar actividades vigorosas.

Notificar a los padres.

QUEDARSE CON SU HIJO(A)

Otro _____

Flujo máximo _____

ZONA PELIGROSA (ZONA ROJA)

poco alivio del inhalador
 menos aliento a pesar del medicamento
 tornarse azul, respiración rápida y corta
 tos incesante o respiración sibilante



PLAN

Utilizar medicamento urgentes, si están disponibles. Llamar a los padres inmediatamente. Si los síntomas continúan o empeoran

LLAMAR AL 911

Flujo máximo _____

El medicamento y medidor de flujo máximo utilizado en la escuela deberá acompañar al alumno a TODAS las excursiones.

Una copia de éste Plan de Atención Sobre la Salud del Asma y números telefónicos actualizados deberán estar con el supervisor miembro del personal.

Firma del Padre: _____

Fecha: _____

Firma de la enfermera escuela: _____

Fecha: _____

Firma de Médico: _____

Fecha: _____