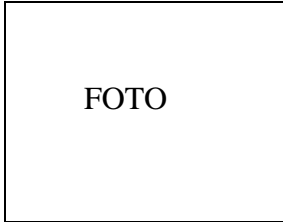


FORMA DE ESCUELA PARA ASMA
Escuelas del Condado de Santa Cruz



FOTO

Nombre de Estudiante: _____ **FDN:** _____

Diagnosis: _____

Que lo provoca: _____

MEDICAMENTOS QUE SE DARAN EN LA ESCUELA
Si hay flujo máximo: use inhalador si _____

Inhalador de Alivio Rápido: _____

Use con espaciador
_____ soplos cada _____ horas como sea necesario para la tos, resollar, o dificultad para respirar.

Usar 5-10 minutos antes del ejercicio

Repetir si no mejora en _____ minutos

Otros medicamentos: _____

El estudiante **debe cargar medicamento y auto administrar** y

- Este proveedor de atención médica ha confirmado que el estudiante es capaz de auto administrarse apropiadamente el medicamento anterior, y,
- Si el estudiante es menor de 18 años, el padre/ tutor asume toda responsabilidad relacionada con el uso, el momento y la técnica de este estudiante al auto administrar este medicamento.

ALERTA MEDICA*

- Respiración rápida
- No tener suficiente aliento para hablar
- Tos persistente o resollando
- Disminución de nivel de conciencia
- Fosas nasales ensanchadas, músculos apretados de cuello, sentado encorvado hacia adelante

***** Llamar a los padres +/- 911 si estos síntomas están presentes.**

PARA USO DE LA ESCUELA:

Fecha de Caducidad de inhalador: _____ (use lápiz)

Escuela guardara el medicamento en _____

Notificar a padre/guardián con hora de uso del inhalador para alivio rápido.

Llamar a padre/guardián si no hay mejora después del tratamiento.

**ESTAMPA DE
PROVEEDOR/CLINICA**

*Mi firma a continuación proporciona autorización para las órdenes anteriores.
Todos los procedimientos estarán de acuerdo con las leyes y regulaciones estatales. Esta autorización es válida por un año.*

Firma del proveedor de servicios de salud: _____ **Fecha:** _____

Consentimiento de los padres para el manejo del asma en la escuela

Como padre o tutor del estudiante mencionado arriba, solicito que la escuela ayude con el medicamento anterior según lo indicado arriba y de acuerdo con todas las leyes y regulaciones estatales. La enfermera de la escuela puede comunicarse con el proveedor de atención médica anterior sobre este estudiante cuando sea necesario. (Código Ed, sección 49423 y 49480).

Los Padres/ Guardianes deben:

- Proporcionar el equipo necesario (inhalador, espaciador, etc.). El inhalador debe estar en el paquete original
- Notificar a la escuela en cuanto a cualquier cambio de salud o plan de medicamentos
- Notificar inmediatamente a la escuela de cualquier cambio en la autorización del proveedor de atención médica.

Nombre de Padre/Guardián: _____ **Firma:** _____ **Fecha:** _____

Contrato de Estudiante para el Uso de Medicamentos Propios: Yo, _____ seré responsable de llevar, administrar y mantener seguro en todo momento, mi medicamento para el asma. Usaré el medicamento para el asma de la manera prescrita por mi médico. No mostraré o compartiré mi medicamento con otros estudiantes. Informaré inmediatamente a las personas encargadas si faltan los medicamentos.