

Plan de acción por síntomas de asma (ASAR)

Nombre:

Fecha de nacimiento:

Gravedad del asma: Intermitente Levemente persistente Moderadamente persistente Fuerte persistente

(): El estudiante ha tenido muchos ataques de asma o muy fuertes a lo largo del año pasado (con mayor riesgo)

Factores desencadenantes del asma: Enfermedad Ejercicio Polvo Polen Moho Mascotas Olores fuertes Emociones Aire frío

Administrar medicamentos controladores en casa todos los días: Sí NO

Otro: _____

Síntomas inducidos por el ejercicio: Tratar previamente con 2 vaporizaciones del medicamento de rescate (ver a continuación) 15 minutos antes del ejercicio

1) Tratamiento inicial por síntomas de asma*: prescripción

Medicamento de rescate: Albuterol Levalbuterol Bromuro de ipratropio (Atrovent) Otro: _____ 2 vaporizaciones cada 4 horas con el espaciador (si disponible) cuando lo necesite por TOS, SIBILANCIA, DIFICULTAD PARA RESPIRAR

2) Evaluar la respuesta al tratamiento en 10 minutos

Buena respuesta	Mala respuesta	
Sin tos, sibilancia o dificultad para respirar 	Sigue teniendo tos, sibilancia o dificultad para respirar 	
Puede continuar con el medicamento de rescate cada 4 horas cuando lo necesite	Dar 4 vaporizaciones del medicamento de rescate inmediatamente	
Regresar a clase Notificar al padre/tutor legal	Contactar a la enfermera de la escuela, si no está presente	
	3) VOLVER A EVALUAR en 10 minutos	
	Buena respuesta	Mala respuesta
llamar al 911 inmediatamente si el estudiante tiene estos síntomas y entonces continuar con el plan	<ul style="list-style-type: none"> • Volver a clase • Notificar al padre/tutor legal, quien deberá hacer un seguimiento en 1-3 días con el médico 	<ul style="list-style-type: none"> • Contactar al padre/tutor legal, para ir a recoger al niño y llevarlo al médico ese mismo día • Si tiene serias dificultades para respirar y no responde a los tratamientos, o si el padre/tutor legal no está disponible, llamar al 911.
<ul style="list-style-type: none"> • Los labios o uñas de los dedos están azules • Dificultad para caminar o para hablar por tener dificultad para respirar • La piel del niño está como succionada alrededor del cuello o de las costillas 		

Por favor, alerte al proveedor médico del asma si el niño tiene síntomas de asma o si necesita albuterol de manera persistente (aparte de antes del ejercicio) más de dos veces a la semana o si tiene un fuerte ataque en la escuela

NO El padre y el niño sienten que el niño debe llevar y autoadministrarse el inhalador

NO El proveedor médico del asma está de acuerdo con el niño lleve y se autoadministre el Inhalador

NO La enfermera de la escuela ha evaluado la capacidad del estudiante para autoadministrarse y llevar con él el Inhalador de manera responsable

Nombre escrito e Información de contacto del MD/DO/NP/PA:

Firma del MD/DO/NP/PA:

Teléfono:

Email seguro:

Fecha:

Padre/tutor legal: doy mi autorización escrita para que los medicamentos citados en el Plan de Tratamiento de Emergencia los administre la enfermera en la escuela u otro miembro del personal escolar capacitado y aprobado por el director de la escuela. Entiendo que el personal designado de la escuela tiene permiso para comunicarse con el médico /proveedor médico sobre el asma de mi hijo, estos medicamentos y el plan de acción.

Nombre del padre/tutor legal:

Revisado por la enfermera de la escuela: