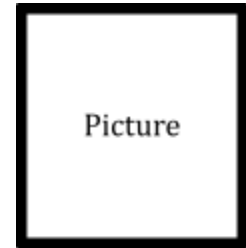




**Distrito escolar conjunto de Neenah
410 S Commercial St.
Neenah, WI 54956**



Plan de manejo del asma y de emergencia

Estudiante _____ Fecha _____ Grado _____

Fecha de nacimiento _____ Escuela _____ Maestro/a _____

Dirección _____ Padre/Guardian _____

Ciudad _____ Código postal _____ Tel. del hogar _____

Contactos de emergencia:

Nombre _____ Número _____ Relación _____

Nombre _____ Número _____ Relación _____

Nombre _____ Número _____ Relación _____

¿Su hijo/a tomará medicamento de asma en la escuela? Sí NO

Este estudiante puede llevar y autoadministrarse medicamento para el asma.

Este estudiante necesita supervisión y/o asistencia con la administración del medicamento del asma.

¿Qué causa el asma de su hijo/a? Enfermedad Ejercicio
 Alergias Aire frío

Otro (explique) _____

Describa los síntomas usuales de asma de su hijo/a:

Toser Corto de respiración
 Nervioso Debilidad
 Picazón en la garganta Presión en el pecho

Otro (explique) _____

Instrucciones a seguir si un ataque de asma ocurre en la escuela:

- Dar medicamento:
Inhalador Tipo _____ Dosis _____ Frecuencia _____
Fecha de expiración _____
Nebulizador Tipo _____ Dosis _____ Frecuencia _____
Fecha de expiración _____

* La etiqueta de la prescripción debe de acompañar al inhalador ya sea en el inhalador o en la caja.

- Si su hijo/a no mejora dentro de 10-15 minutos, ¿que pasos debe de tomar el personal de la escuela?
 Contactar a los padres
 Repetir el tratamiento
 Llamar al 911 - nombre el hospital de su preferencia _____
 Comentarios adicionales _____

-ATRÁS-

Consentimiento de los padres para manejar una condición de salud mientras en la escuela u otras actividades relacionadas con la escuela

Yo, el padre/la madre/guardián del estudiante mencionado arriba, pido que este plan de acción sea usado para guiar el cuidado de mi hijo/a en caso de una emergencia de atención médica. Yo estoy de acuerdo a:

- Proveer los materiales y equipo necesario.
- Notificar al personal de la escuela o a la enfermera del distrito de cualquier cambio en el estado de salud del estudiante.
- Notificar al personal de la escuela y completar nuevos consentimientos para cambios en las órdenes del proveedor de salud del estudiante.
- Autorizar a la enfermera de la escuela para comunicarse con el médico de cabecera o especialista de mi hijo/a acerca de la condición de salud de mi hijo/a según sea necesario.
- Personal de la escuela directamente interactuando con mi hijo/a puede ser informado sobre su plan de cuidado de salud.
- Someter nuevos formularios anualmente si la condición de salud todavía existe o informar a la escuela que la condición ya no existe.

Firma del Padre/Madre/Guardián _____
Fecha _____

Información del médico

Imprima el nombre del proveedor _____
Nombre de la clínica _____
Número de teléfono _____ Número de fax _____
Dirección _____
Firma del proveedor _____ Fecha _____