

Quiero poder: _____



Children's
Healthcare of Atlanta
Dedicated to All Better

Mi plan de acción para el asma

Nombre del paciente: _____ Fecha de nacimiento _____

Nombre del doctor _____ Firma: _____

#Teléfono del doctor _____ Fecha: _____

Medicamentos de control	Cuanto tomar	Con qué frecuencia	Otras instrucciones
		____ veces al día TODOS LOS DÍAS	<input type="checkbox"/> Haga gárgaras o enjuáguese la boca después de usar
		____ veces al día TODOS LOS DÍAS	
		____ veces al día TODOS LOS DÍAS	

Medicamentos de alivio rápido	Cuanto tomar	Con qué frecuencia	Otras instrucciones
	<input type="checkbox"/> 2 bocanadas <input type="checkbox"/> 4-6 bocanadas <input type="checkbox"/> 1 tratamiento de nebulización	Tome ÚNICAMENTE según sea necesario (vea a continuación, comenzando en la Zona Amarilla o antes del ejercicio)	NOTA: Si necesita este medicamento más de 2 días a la semana, llame a su médico.

Desencadenantes del asma (marque todo lo que corresponda):

- Ejercicio Cambio de temperatura moldes Animales Olores fuertes o humos Fumar
 Pólenes Infección respiratoria Polvo Emociones fuertes Alimentos/otros _____

Instrucciones especiales cuando: Estoy bien Ten cuidado Pida ayuda



ZONA VERDE

GREEN ZONE

Estoy *bien*.

- Sin tos, sibilancias, opresión en el pecho, falta de aliento durante el día o la noche
- Puede ir a la escuela y jugar



EVITE síntomas del asma todos los días

- Toque mis medicamentos controladores (arriba) todos los días
- Antes del ejercicio, tome ____ bocanadas de _____
- Evite los desencadenantes que empeoran mi asma (Véase más arriba)



ZONA AMARILLA

YELLOW ZONE

Ten *cuidado*.

- Tos, sibilancias, opresión en el pecho, dificultad para respirar
- despertar por la noche debido a los síntomas del asma
- Puede hacer algunas, pero no todas, las actividades habituales
- Goteo nasal, ojos llorosos



PRECAUCIÓN. Seguir tomando mis medicamentos de control todos los días.

- Tome ____ bocanadas o ____ tratamiento(s) con nebulizador del medicamento. Si no estoy de regreso en la Zona Verde dentro de una hora, entonces debo:
- Continúe usando el medicamento de alivio rápido cada 4 horas según sea necesario. Llame al proveedor si no mejora en ____ días.
- Aumentar _____
- Añadir _____



ZONA ROJA

RED ZONE

¡PIDE AYUDA!

- Mucha dificultad para respirar
- Tos continua
- La piel entre las costillas tira hacia adentro
- dificultad para hablar sin quedarse sin aliento
- Los medicamentos de alivio rápido no han ayudado
- Síntomas iguales o peores después de 48 horas en Zona Amarilla



¡ALERTA MÉDICA! ¡Consigue ayuda!

- Tome el medicamento de alivio rápido: ____ inhalaciones cada ____ minutos y obtenga ayuda de inmediato.
- Tome _____
- Llame _____

Si el color de la piel, las uñas o los labios es azul en cualquier momento:

Llame al 911 para obtener ayuda o vaya al Departamento de Emergencias más cercano

Siempre consulte al médico de su hijo u otro proveedor de atención médica si tiene alguna pregunta o inquietud sobre el cuidado o la salud de su hijo. Children's Healthcare of Atlanta at Hughes Spaulding es propiedad de Grady Health System y está administrado por HSOC, Inc., una filial de Children's.

Escuelas de Condado de Newton
Autorización Para Administrar Medicamentos Recetados en la Escuela
(Período de Tiempo Prolongado)

Si puede administrar los medicamentos en el hogar o después del horario escolar, por favor hágalo. Sin embargo, si se debe administrar el medicamento durante el horario escolar, se debe completar este formulario. Llene una página por cada medicamento.

Nombre del estudiante: _____

Maestro: _____ Grado: _____

Solicito que la escuela _____, a través del director, la enfermera o la persona designada, supervise/ayude a administrar la medicación a mi estudiante de acuerdo con las instrucciones que se detallan a continuación.

Entiendo que:

- Los medicamentos deben estar en el envase original etiquetado (sin bolsas, papel de aluminio, etc.). Los farmacéuticos pueden proporcionar un contenedor etiquetado por duplicado solo con las dosis escolares.
- El padre/tutor debe proporcionar instrucciones específicas, así como el medicamento y equipo relacionado al director o al personal de la clínica.
- Será responsabilidad del padre/tutor informar a la escuela de cualquier cambio. No se administrarán nuevos medicamentos ni nuevas dosis a menos que se llene un nuevo formulario y se proporcione un contenedor recién etiquetado.
- Todos los medicamentos serán entregados directamente a la oficina/clínica por los padres.
- Los medicamentos no utilizados se desecharán a menos que se recojan dentro de una semana después de que la medicación sea descontinuada.

Nombre del medicamento: _____

Dosis: _____ Vía de Administración (oral, tópica, etc.): _____

Horario(s) para Administrarse: _____ Suspender el Medicamento en esta Fecha: _____

Nombre del Médico: _____ Teléfono del Médico: _____

Por la presente autorizo al personal, empleados y funcionarios del Distrito Escolar del Condado de Newton para ayudar a mi estudiante a tomar los medicamentos recetados de acuerdo con la política del distrito y los libero de cualquier responsabilidad por la administración de este medicamento. Entiendo que, en caso de cambio de medicamento, yo soy responsable de presentar un nuevo formulario de solicitud.

Firma del Padre/Tutor Legal

Fecha

Condición de Salud por la que se Requiere el Medicamento: _____

Posibles Efectos secundarios, si los hay: _____

Firma del Medico

Fecha