



## PROTOCOLO DE ASMA

FECHA \_\_\_\_\_

Estimado parente / tutor de \_\_\_\_\_

Estamos revisando los registros médicos de los estudiantes con asma. Por favor complete este formulario y devuélvalo a la enfermera de la escuela para que se pueda compartir un plan para ayudar a su hijo/a con el personal escolar apropiado. Tenga la seguridad de que el personal mantendrá esta información confidencial.

¿Ha requerido su estudiante hospitalización en el último año para el tratamiento del asma?  no  sí ¿Se utiliza un

medidor de flujo máximo?  no  sí

Mejor índice de flujo: \_\_\_\_\_

**El procedimiento habitual que se sigue en la escuela para los estudiantes con asma es:**

- ❖ Si su estudiante asiste a **Sisters Middle** o **Sisters High**: deben llevar su inhalador. Los inhaladores con etiqueta de prescripción también pueden registrarse en el consultorio si es necesario. Complete el otro lado del formulario y devuélvalo a la oficina.
- ❖ Si su estudiante asiste a **Sisters Elementary**: los inhaladores con etiqueta de prescripción se registran en la oficina. Complete el otro lado del formulario y devuélvalo a la oficina con el inhalador.
- ❖ Al estudiante se le permite usar su medicamento para el asma recetado con ayuda según sea necesario.
- ❖ Fomente la relajación del estudiante (por ejemplo, respiración lenta y profunda).
- ❖ El personal debe permanecer con el estudiante, monitorear los síntomas:
  - Si los síntomas disminuyen 15 minutos después de tomar el medicamento, el estudiante puede regresar a la clase
  - Si los síntomas siguen siendo los mismos 15 minutos después de tomar el medicamento, se contactará a los padres para obtener instrucciones
  - Si los síntomas aumentan en gravedad se llamará al 911

**Verificar las condiciones que suelen traer el ataque de asma del estudiante:**

infección respiratoria  aire frío  estrés emocional  olores (describa): \_\_\_\_\_

ejercicio (describa): \_\_\_\_\_

alergias (describir): \_\_\_\_\_

otro (describa): \_\_\_\_\_

**Compruebe los síntomas que usualmente están presentes en el ataque de asma de su estudiante:**

tos  resollar  dificultad para respirar  respiración rápida  pánico / miedo

color azulado de piel / uñas  dificultad para hablar  otro (describir): \_\_\_\_\_

**¿Se necesitan medicamentos para controlar el asma?**  no  sí - indique: \_\_\_\_\_

Nombre del proveedor médico que trata el asma: \_\_\_\_\_

**RECUERDE AVISAR A LA ESCUELA DE CAMBIOS EN LA DOSIS Y / O TIPO DE MEDICAMENTO, CAMBIOS EN NÚMEROS DE TELÉFONO, DIRECCIÓN, PERSONAS DE CONTACTO RESPONSABLES DE EMERGENCIA, PROVEEDOR MÉDICO.**

Comuníquese con la enfermera de su escuela si tiene alguna pregunta.

**Firma del padre:** \_\_\_\_\_

**Fecha:** \_\_\_\_\_