  **PROTOCOLO DE ASMA**

FECHA \_\_\_\_\_\_\_\_\_

Estimado padre / 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? ꠛ no ꠛ sí ¿Se utiliza un medidor de flujo máximo? ꠛ no ꠛ 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:**

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

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

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

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

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

𐄂 tos 𐄂 resollar ꠛ dificultad para respirar ꠛ respiración rápida ꠛ pánico / miedo

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

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**¿Se necesitan medicamentos para controlar el asma?** ꠛ no ꠛ 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: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**