

# PLAN DE ACCIÓN EN CASO DE ASMA PARA LAS ESCUELAS EN NUEVO MÉXICO

Fecha \_\_\_\_\_

Distrito escolar \_\_\_\_\_

Nombre de la escuela \_\_\_\_\_

Enfermera/Ayudante de salud \_\_\_\_\_

# de teléfono/FAX de la escuela \_\_\_\_\_

**PADRE DE FAMILIA/GUARDIAN: por favor complete la información y firme siguientes formas abajo:**

Nombre del estudiante	Fecha de nacimiento	# del estudiante	La fecha de la última visita de estudiante al médico: _____/_____/_____ 
*Nombre/Título de la persona que da ayuda médica	*# de teléfono / FAX de esta persona		
Padre de familia/Guardián	#s de teléfono de esta persona		
Contacto de emergencia	#s de teléfono de esta persona		

**VERDE: ¡ADELANTE!**  
Use la medicina de CONTROL diariamente

**AMARILLO: ¡CAUTELA!**  
Añada la medicina de rescate

**ROJO: ¡EMERGENCIA!**  
¡Consiga ayuda médica YA!

<b>Substancias que causan el asma:</b> (Que la empeoran) <input type="checkbox"/> Ejercicio <input type="checkbox"/> Resfriados <input type="checkbox"/> Humo (de tabaco, de incendios, de incienso) <input type="checkbox"/> Polvo <input type="checkbox"/> Olores fuertes <input type="checkbox"/> Moho/humedad <input type="checkbox"/> Estrés/emocione <input type="checkbox"/> Insectos (ratones, cucaracha) <input type="checkbox"/> Reflujo gastroesofágico <input type="checkbox"/> Estación: otoño, invierno, primavera, verano <input type="checkbox"/> Polen <input type="checkbox"/> Animales _____ Otros (alergias del alimento) _____	<b>Lugar donde se guarda el inhalador</b> <input type="checkbox"/> con el estudiante <input type="checkbox"/> En el salón <input type="checkbox"/> En la oficina de salud <input type="checkbox"/> En otro lugar _____	<b>Fecha de la última vacuna de la gripe</b> _____/_____/_____	<b>Alergias a medicinas:</b> _____
---	--	---	------------------------------------

**Proveedor de asistencia médica: Por favor complete el Nivel de Severidad, Información de Zona y Orden Médica abajo**

**Severidad del Asma:**  Intermitente o Persistente:  Leve  Moderada  Severa

**Zona verde: ¡Adelante! Tome la medicina de control TODOS LOS DÍAS**

Usted tiene **TODOS** estos síntomas:

- Respira fácilmente
- No está tosiendo ni tiene sibilancia en el pecho
- Puede trabajar y jugar
- No tiene síntomas en la noche

**Flujo del aire óptimo (opcional):**  
Mayor de  $\geq$  \_\_\_\_\_  
(Más del 80% del flujo del aire personal)

**Flujo del aire personal:** \_\_\_\_\_

No necesita medicina de control recetada.

\_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_ (aspiraciones) con cámara de inhalación \_\_\_\_\_ veces al día  
Corticoesteroide inhalado o con medicinas agonistas  $\beta$  a largo plazo

\_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_ tratamientos con nebulizador \_\_\_\_\_ veces al día  
Corticoesteroide inhalado

\_\_\_\_\_, tomado \_\_\_\_\_ oralmente una vez al día al acostarse  
Antagonista de leucotrienos

**Para hacer ejercicio cuando se tiene asma, AÑADA:**  
 \_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_ aspiraciones con una cámara de inhalación 5 - 15 minutos antes del ejercicio

**Para alergias nasales/ambientales, AÑADA:**  
 \_\_\_\_\_

**Zona amarilla: ¡Precaución! Continúe la medicina de CONTROL y AÑADA las medicinas de RESCATE-**

Usted tiene **CUALQUIERA** de estos síntomas:

- Tos o un leve silbido
- El pecho se siente oprimido
- Siente los primeros síntomas de un resfriado
- Tiene problemas para dormir, jugar o trabajar

**Flujo del aire óptimo (opcional):**  
\_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_  
(50% - 80% del flujo del aire personal)

**¡NO DEJE SOLO AL ESTUDIANTE! Llame al padre/guardián cuando le dé la medicina de rescate.**

\_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_ (aspiraciones) MDI con cámara de inhalación \_\_\_\_\_ veces al día  
Agonistas inhalados  $\beta$  de acción rápida

\_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_ tratamientos con nebulizador \_\_\_\_\_ veces al día tal como sea necesario  
Agonistas inhalados  $\beta$  de acción rápida

Otros \_\_\_\_\_

**¡Llame al MÉDICO si usted tiene estos síntomas más de dos veces a la semana, o si su medicina de rescate no trabaja! Si los síntomas NO se mejoran O el flujo del aire personal NO se mejora, vaya a la ZONA ROJA.**

**Zona roja: ¡EMERGENCIA! Continúe las medicinas de CONTROL, AÑADA las medicinas de RESCATE y CONSIGA AYUDA!**

Usted tiene **CUALQUIERA** de estos síntomas:

- No puede hablar, comer o caminar bien
- La medicina no le está ayudando o
- Se siente peor, no mejor
- Está respirando duro y rápido
- Tiene los labios y las uñas azules

**Flujo del aire óptimo (opcional):**  
Menos del  $\leq$  \_\_\_\_\_  
(Menos del 50% del flujo del aire personal)

**¡NO DEJE SOLO AL ESTUDIANTE! → Llame a Emergencias 911 y empiece el tratamiento**

\_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_ (aspiraciones) (MDI con cámara de inhalación y cada 20 minutos hasta que lleguen los paramédicos, O

\_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_ tratamientos con nebulizador cada 20 minutos hasta que los paramédicos lleguen

**Llame al 911 inmediatamente y empiece el tratamiento y llame al padre o guardián**

**Si están disponibles oxígeno y oxímetro de pulso:**

Si la saturación de O<sub>2</sub> es  $\leq$  \_\_\_\_\_ administre oxígeno a \_\_\_\_\_ litro/min. cada \_\_\_\_\_ minutos

<b>ORDENES MÉDICAS Y CONSENTIMIENTO PARA DAR LAS MEDICINAS EN LA ESCUELA</b> (Marque todo lo que aplique)  _____ El estudiante ha recibido instrucciones en el uso apropiado de sus medicinas para el asma y puede administrarse solo SU INHALADOR EN LA ESCUELA  _____ El estudiante debe de avisar al personal de salud designado después de usar su inhalador en la escuela  _____ El estudiante necesita supervisión o ayuda cuando usa el inhalador  _____ El estudiante no puede llevar su inhalador mientras está en la escuela  *FIRMA/ TÍTULO _____ Fecha _____	<b>Padre/Guardián:</b> Yo apruebo este plan de acción para el asma, y doy mi consentimiento para que la enfermera escolar o el personal escolar entrenado para ello sigan este plan, le den las medicinas a mi niño y se pongan en contacto con mi doctor, si es necesario. Yo asumo la responsabilidad plena de dar a la escuela las medicinas recetadas y los aparatos pertinentes para dar el tratamiento y la vigilancia del asma. Yo autorizo a la escuela para que compartan esta información con el personal de la escuela que necesite saberla, y le doy permiso a mi niño para que participe en cualquier oportunidad educativa para aprender sobre el asma en la escuela.  FIRMA: _____ FECHA _____ ENFERMERA ESCOLAR: _____ FECHA _____
--	--