

## Plan de Accion Para Asma

Nombre de Estudiante \_\_\_\_\_ Clase \_\_\_\_\_

Padres y/o Tutores \_\_\_\_\_ Teléfono \_\_\_\_\_ 2do # \_\_\_\_\_

Nombre de contacto de emergencia \_\_\_\_\_ Relación \_\_\_\_\_ Teléfono \_\_\_\_\_

Nombre del doctor(asma) \_\_\_\_\_ Teléfono \_\_\_\_\_

**Padre y/o Tutor autoriza** el intercambio de información sobre el asma de este niño entre el proveedor de atención médica y la enfermera escolar.  Si  No

Firma de Padres / Encargados \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

**LO SIGUIENTE DEBE SER COMPLETADO POR EL MÉDICO U OTRO PROVEEDOR DE ATENCIÓN MÉDICA:**

Asthma is:  Mild Persistent  Moderate Persistent  Severe Persistent  Intermittent



**Daily controller medications** (usually given at home)

NAME	DOSAGE	FREQUENCY
		<input type="checkbox"/> Before Exercise



If student has cough; mild wheeze; tight chest; or problems sleeping, playing, or working: use quick relief medicine.

**Quick Relief Medicines**

NAME	DOSAGE	FREQUENCY



If no improvement after 20 min. or worsening symptoms or if student is very short of breath; having a difficult time talking; or skin around neck or ribs is pulling in:

- **Administer rescue medicines**

NAME	DOSAGE	FREQUENCY

- **Call 911**
- **Contact Parent/Guardian**

**Known triggers:**  Tobacco Smoke  Exercise  Pollen  Mold  Pets  
 Temperature change  Strong odors or fumes  Other \_\_\_\_\_

Es mi opinión profesional que el estudiante  debe  no debe ser permitido cargar y usar medicamentos por sí mismo.

Firma de doctor \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

Firma de Padres/Encargados \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_