



Plan de acción por síntomas de asma (ASAP)

Nombre:

Fecha de nacimiento:

Gravedad del asma: Intermitente Levemente persistente Moderadamente persistente Fuerte persistente

El estudiante ha tenido muchos ataques de asma o muy fuertes a lo largo del año pasado (con mayor riesgo)

Desencadenantes del asma: Enfermedad Ejercicio Polvo Polen Moho Mascotas Olores fuertes Emociones Aire frío



Se administran medicamentos controladores en casa todos los días: Sí NO Otro: _____

Síntomas inducidos por el ejercicio: Tratar previamente con 2 vaporizaciones del medicamento de rescate (ver a continuación) 15 minutos antes del ejercicio

1) Tratamiento inicial por síntomas de asma*: prescripción

Medicamento de rescate: Albuterol Levalbuterol Bromuro de ipratropio (Atrovent) Otro: _____ **2 vaporizaciones inhaladas cada 4 horas con el espaciador (si disponible) cuando lo necesite por TOS, SIBILANCIA, DIFICULTAD PARA RESPIRAR**

2) Evaluar la respuesta al tratamiento en 10 minutos

Buena respuesta	Mala respuesta				
Sin tos, sibilancia o dificultad para respirar 	Sigue teniendo tos, sibilancia o dificultad para respirar 				
Puede continuar con el medicamento de rescate cada 4 horas cuando lo necesite	Dar 4 vaporizaciones del medicamento de rescate inmediatamente Contactar a la enfermera de la escuela, si no está presente				
<ul style="list-style-type: none"> Regresar a clase Notificar al padre/tutor legal 	3) VOLVER A EVALUAR en 10 minutos				
<p>*Llamar al 911 inmediatamente si el estudiante tiene estos síntomas y entonces continuar con el plan</p> <ul style="list-style-type: none"> Los labios o uñas de los dedos están azules Dificultad para caminar o para hablar por tener dificultad para respirar La piel del niño está como succionada alrededor del cuello o de las costillas 	<table border="1"> <thead> <tr> <th>Buena respuesta</th> <th>Mala respuesta</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td> <ul style="list-style-type: none"> Volver a clase Notificar al padre/ tutor legal, quien deberá hacer un seguimiento en 1-3 días con el médico </td> <td> <ul style="list-style-type: none"> Contactar al padre/tutor legal, para ir a recoger al niño y llevarlo al médico ese mismo día Si tiene serias dificultades para respirar y no responde a los tratamientos, o si el padre/tutor legal no esta disponible, llamar al 911. </td> </tr> </tbody> </table>	Buena respuesta	Mala respuesta	<ul style="list-style-type: none"> Volver a clase Notificar al padre/ tutor legal, quien deberá hacer un seguimiento en 1-3 días con el médico 	<ul style="list-style-type: none"> Contactar al padre/tutor legal, para ir a recoger al niño y llevarlo al médico ese mismo día Si tiene serias dificultades para respirar y no responde a los tratamientos, o si el padre/tutor legal no esta disponible, llamar al 911.
	Buena respuesta	Mala respuesta			
<ul style="list-style-type: none"> Volver a clase Notificar al padre/ tutor legal, quien deberá hacer un seguimiento en 1-3 días con el médico 	<ul style="list-style-type: none"> Contactar al padre/tutor legal, para ir a recoger al niño y llevarlo al médico ese mismo día Si tiene serias dificultades para respirar y no responde a los tratamientos, o si el padre/tutor legal no esta disponible, llamar al 911. 				

**** Por favor, alerte al proveedor médico del asma si el niño tiene síntomas de asma o si necesita albuterol de manera consistente (aparte de antes del ejercicio) más de dos veces a la semana o si tiene un fuerte ataque en la escuela.**

- Sí NO El padre y el niño sienten que el niño debe llevar y autoadministrarse el inhalador
 Sí NO El proveedor médico del asma está de acuerdo con el niño lleve y se autoadministre el inhalador
 Sí NO La enfermera de la escuela ha evaluado la capacidad del estudiante para autoadministrarse y llevar con él el inhalador de manera responsable

Nombre escrito e información de contacto del MD/DO/NP/PA:

Firma del MD/DO/NP/PA:

Fax: _____ Teléfono: _____ Email seguro: _____

Fecha: _____

Padre/tutor legal: **doy mi autorización escrita para que los medicamentos citados en el Plan de Tratamiento de Emergencia los administre la enfermera en la escuela u otro miembro del personal escolar capacitado y aprobado por el director de la escuela. Entiendo que el personal designado de la escuela tiene mi permiso para comunicarse con el médico /proveedor médico sobre el asma de mi hijo, estos medicamentos y el plan de acción.**

Firma del padre/tutor legal:

Revisado por la enfermera de la escuela:



Fecha:

Fecha:

Registro OPCIONAL sobre el uso del medicamento de rescate

No lo tiene que completar si registra las dosis del medicamento en otro lugar

Fecha/Hora	Motivo	Respuesta
	<input type="checkbox"/> Antes del ejercicio <input type="checkbox"/> Síntomas	<input type="checkbox"/> Buena <input type="checkbox"/> Mala
	<input type="checkbox"/> Antes del ejercicio <input type="checkbox"/> Síntomas	<input type="checkbox"/> Buena <input type="checkbox"/> Mala
	<input type="checkbox"/> Antes del ejercicio <input type="checkbox"/> Síntomas	<input type="checkbox"/> Buena <input type="checkbox"/> Mala
	<input type="checkbox"/> Antes del ejercicio <input type="checkbox"/> Síntomas	<input type="checkbox"/> Buena <input type="checkbox"/> Mala
	<input type="checkbox"/> Antes del ejercicio <input type="checkbox"/> Síntomas	<input type="checkbox"/> Buena <input type="checkbox"/> Mala
	<input type="checkbox"/> Antes del ejercicio <input type="checkbox"/> Síntomas	<input type="checkbox"/> Buena <input type="checkbox"/> Mala
	<input type="checkbox"/> Antes del ejercicio <input type="checkbox"/> Síntomas	<input type="checkbox"/> Buena <input type="checkbox"/> Mala
	<input type="checkbox"/> Antes del ejercicio <input type="checkbox"/> Síntomas	<input type="checkbox"/> Buena <input type="checkbox"/> Mala
	<input type="checkbox"/> Antes del ejercicio <input type="checkbox"/> Síntomas	<input type="checkbox"/> Buena <input type="checkbox"/> Mala
	<input type="checkbox"/> Antes del ejercicio <input type="checkbox"/> Síntomas	<input type="checkbox"/> Buena <input type="checkbox"/> Mala
	<input type="checkbox"/> Antes del ejercicio <input type="checkbox"/> Síntomas	<input type="checkbox"/> Buena <input type="checkbox"/> Mala
	<input type="checkbox"/> Antes del ejercicio <input type="checkbox"/> Síntomas	<input type="checkbox"/> Buena <input type="checkbox"/> Mala
	<input type="checkbox"/> Antes del ejercicio <input type="checkbox"/> Síntomas	<input type="checkbox"/> Buena <input type="checkbox"/> Mala
	<input type="checkbox"/> Antes del ejercicio <input type="checkbox"/> Síntomas	<input type="checkbox"/> Buena <input type="checkbox"/> Mala

Fecha/Hora	Motivo	Respuesta
	<input type="checkbox"/> Antes del ejercicio <input type="checkbox"/> Síntomas	<input type="checkbox"/> Buena <input type="checkbox"/> Mala
	<input type="checkbox"/> Antes del ejercicio <input type="checkbox"/> Síntomas	<input type="checkbox"/> Buena <input type="checkbox"/> Mala
	<input type="checkbox"/> Antes del ejercicio <input type="checkbox"/> Síntomas	<input type="checkbox"/> Buena <input type="checkbox"/> Mala
	<input type="checkbox"/> Antes del ejercicio <input type="checkbox"/> Síntomas	<input type="checkbox"/> Buena <input type="checkbox"/> Mala
	<input type="checkbox"/> Antes del ejercicio <input type="checkbox"/> Síntomas	<input type="checkbox"/> Buena <input type="checkbox"/> Mala
	<input type="checkbox"/> Antes del ejercicio <input type="checkbox"/> Síntomas	<input type="checkbox"/> Buena <input type="checkbox"/> Mala
	<input type="checkbox"/> Antes del ejercicio <input type="checkbox"/> Síntomas	<input type="checkbox"/> Buena <input type="checkbox"/> Mala
	<input type="checkbox"/> Antes del ejercicio <input type="checkbox"/> Síntomas	<input type="checkbox"/> Buena <input type="checkbox"/> Mala
	<input type="checkbox"/> Antes del ejercicio <input type="checkbox"/> Síntomas	<input type="checkbox"/> Buena <input type="checkbox"/> Mala
	<input type="checkbox"/> Antes del ejercicio <input type="checkbox"/> Síntomas	<input type="checkbox"/> Buena <input type="checkbox"/> Mala
	<input type="checkbox"/> Antes del ejercicio <input type="checkbox"/> Síntomas	<input type="checkbox"/> Buena <input type="checkbox"/> Mala
	<input type="checkbox"/> Antes del ejercicio <input type="checkbox"/> Síntomas	<input type="checkbox"/> Buena <input type="checkbox"/> Mala
	<input type="checkbox"/> Antes del ejercicio <input type="checkbox"/> Síntomas	<input type="checkbox"/> Buena <input type="checkbox"/> Mala
	<input type="checkbox"/> Antes del ejercicio <input type="checkbox"/> Síntomas	<input type="checkbox"/> Buena <input type="checkbox"/> Mala

**** Por favor, alerte al proveedor del asma si el niño tiene síntomas de asma o necesita el albuterol de manera consistente (aparte de antes del ejercicio) más de dos veces a la semana o si tiene un ataque de asma fuerte en la escuela.**