

**Placentia Yorba Linda Unified School District
Plan de Acción en Caso de Asma**

Nombre _____ Fecha de Nacimiento _____ Escuela _____ Grado _____

Qué lo desencadena (Marque todo lo que aplique):

- Infecciones respiratorias Ejercicio Pole Polvo Moho Aire frío Cambio de clima
- Animales Comida (enliste todas): _____ Otro: _____

Health care provider to complete remainder of this page:

Daily Controller Medicine given at home (Please list): _____

<p>Good Control (if applicable, Peak flow > _____): Breathing is good No cough or wheeze Activity easily tolerated</p>	<p>Plan:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Allow activity as tolerated ▪ Use inhaler if needed before exercise/PE, as indicated in orders below 	
<p>Acute Asthma Attack If student has any of these Signs or Symptoms: (If applicable, Peak flow ____ to ____) Coughing Wheezing Short of breath, especially with activity Complaints of tightness in chest</p> <hr/> <p align="center">If symptoms don't improve or worsen</p>	<p>Plan:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Use inhaler as ordered below ▪ Stay with student / Reassure student ▪ Have student rest in most comfortable position until symptom free ▪ PE limitations: _____ <hr/> <p>Plan:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Notify school nurse and parents ▪ Repeat inhaler as ordered below 	
<p>Severe/Prolonged Asthma Attack If student has any of these Signs or Symptoms: (If applicable, Peak flow < _____): Difficulty breathing, coughing, wheezing with no relief from inhaler Difficulty walking/talking due to asthma symptoms Turning blue, especially around lips or fingernails Neck/chest pulls in with breathing</p>	<p>Plan:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Take inhaler as ordered below ▪ CALL 911 ▪ Notify school nurse and parent 	
<p>Inhaler (Brand) _____</p> <p>Side Effects: _____</p> <p>Other Instructions: (i.e.: before PE) _____</p> <p>Inhaler should be brought on all field trips or sporting events</p>	<p>Dose _____</p> <p>Route _____</p> <p>Maximum doses per day: _____</p>	<p>Amount of time between doses _____</p> <p>-----</p> <p>If no relief, repeat in _____ minutes X ____.</p> <p><input type="checkbox"/> Not applicable</p>
<p>It is of my professional opinion that this student should be permitted to carry/self administer this inhaler. This student has been instructed and demonstrates an understanding of proper usage.</p> <p>Health Care Provider Initials _____</p>		<p align="center">Office Stamp</p>

Authorized Health Care Provider Signature: _____ Phone: _____

Name (printed): _____ Date: _____

(Must include Page 2 and appropriate signatures.)

**Placentia Yorba Linda Unified School District
Plan de Acción en Caso de Asma**

***Parent/Guardian Request for the Administration of Medication: Prescription and Non-
Prescription***

La Sección 49423 del Código de Educación de California permite a la enfermera escolar u otro miembro del personal escolar designado, que no sea medico, a ayudar a los estudiantes que lo requieren, a tomar su medicamento durante horas de clases. Este servicio es proveído para que el estudiante permanezca en la escuela o mejore su potencial educativo y aprendizaje.

Yo solicito que el medicamento sea administrado a mi hijo(a) de acuerdo a las instrucciones escritas del proveedor de cuidado de la salud. Yo entiendo que el personal no médico designado pudiera ayudar en seguir las instrucciones escritas bajo la supervisión de una Enfermera Escolar Calificada. Yo notificaré a la escuela inmediatamente o someteré una forma nueva si hubiese algún cambio en el medicamento, dosis, hora de administración y/o de proveedor de cuidado de la salud que prescribe. Yo doy permiso a la enfermera escolar para que intercambie información relacionada a la medicación, con el proveedor de salud autorizado. La enfermera escolar pudiera asesorar al personal escolar apropiado en cuanto al medicamento y sus posibles efectos.

Medicamento de emergencia como EpiPen o inhaladores pudieran ser llevados por el mismo estudiante cuando sea recomendado por un proveedor de cuidado de la salud o por los padres. El medicamento de respaldo deberá ser guardado en la escuela para su uso en alguna emergencia. Yo absuelvo al distrito escolar y al personal de la escuela de cualquier responsabilidad civil si mi hijo(a) sufre de alguna reacción adversa como resultado de la automedicación.

Esta autorización es válida por un año máximo.

Estoy de acuerdo con el Plan de Acción Contra Asma: _____ Fecha: _____
Firma de los Padres

Nombre y Números Telefónicos de Contacto en Caso de Emergencia:

Padre/ Guardián: _____ Teléfono: _____

Celular: _____

School Nurse: _____ Phone: _____

Otros contactos de emergencia:

Nombre/Relación _____ Teléfono: _____

Nombre/Relación _____ Teléfono: _____

Reviewed by School Nurse _____ Date _____
--