

HOJA DE INFORMACIÓN DEL ASMA

Nombre del estudiante: _____ Grado _____ Maestra _____

Nombre del Padre/Guardian: _____

Telefono de la casa: _____ Telefono de trabajo: _____

Persona a quien contactar en caso de emergencia: _____ Telefono: _____

Nombre del Doctor: _____ Telefono: _____

¿Cuándo fue el último ataque de asma de su niño(a)? _____

¿Que causa los ataques de asma (ej. alergias, ejercicios, etc.)? _____

¿Que tan seguido tiene su niño(a) los ataques del asma? _____

Describe los ataques del asma del estudiante – ¿Resuella? ¿Tos? ¿Corto de respiración? ¿Se queja de dolor de pecho? _____

Medicación del asma que el estudiante usa (si hay alguna):

Nombre

Dosis

frecuencia

Efectos secundarios de la medicación: _____

¿Cuál es el estudiante actual lo más mejor posible si está sabida de *peak flow*? _____

Instrucciones del tratamiento que tenga que seguir la enfermera de la escuela:

Firma del padre

Fecha

PLAN DE ACCION PARA ESTUDIANTES CON ASMA



Nombre: _____ Fecha de Nacimiento: _____

ID del estudiante: _____ Grado: _____ Escuela: _____

PARA SER COMPLETADO POR EL PROVEEDOR DE SALUD

MEDICINA: _____

DOSIS: _____

EFFECTOS SECUNDARIOS: _____

ADMINISTRATION

- Con espaciador (cámara)
- Cuando sea necesario, cada __ horas
- 15 minutos antes de ejercitarse si es necesario

ZONA VERDE	ZONA AMARILLA	ZONA ROJA
Respira sin problema No tiene tos o silbido Puede trabajar o jugar	Es un poco difícil respirar Tiene tos, silbido, o presión en el pecho Dificultad para jugar o trabajar	Silbido audible Respiración rápida y difícil Aleteo nasal
Siga el plan de medicación regular	Dar _____ atomizadas con el inhalador cada _____ minutos. Monitoree al estudiante para identificar cambio de zona.	Siga el PLAN DE EMERGENCIA

PLAN DE EMERGENCIA – cuando el estudiante exhibe síntomas de la ZONA ROJA:

- Dar _____ atomizadas con el inhalador o 1 tratamiento de nebulizador
- Si no mejora, el tratamiento se puede repetir _____ veces, cada _____ minutos.
- **Si no hay mejoría total después de _____ tratamientos llame al 911 y notifique a los padres.**

El inhalador debe permanecer en la clínica de la escuela. El estudiante no lo puede tener consigo.

Este estudiante debe ser educado en el conocimiento acerca del asma y de cómo auto administrar debidamente la medicina ordenada. El/ Ella ha sido instruido en el manejo y transporte apropiados del inhalador, y de que en todo momento el inhalador debe mantenerse fuera del alcance de otros estudiantes. El/ Ella sabe que el inhalador debe tener una etiqueta actualizada con la prescripción e indicando que la medicina ha sido prescrita para ellos. Por favor, permita que el estudiante lleve consigo el inhalador en la escuela, o eventos relacionados.

Firma del proveedor de salud

Nombre impreso

Fecha

PARA SER COMPLETADO POR EL PADRE

Yo sí / Yo no autorizo al personal de la escuela a administrar a mi hijo/a la medicina prescrita por el proveedor de salud.

Firma del Padre: _____ Nombre impreso: _____

Fecha: _____ Teléfonos de emergencia: _____

KLEIN INDEPENDENT SCHOOL DISTRICT
FORMULARIO DE AUTORIZACION O PERMISO PARA SUMINISTRAR MEDICINAS

ESTUDIANTE: _____ FECHA DE NACIMIENTO: _____

En un esfuerzo de promover la buena salud de los estudiantes y mantener un buen rendimiento escolar, es necesario que se suministre medicinas durante horas escolares.

Solicitud del Médico para suministrar medicina(s) durante horas escolares:

NOMBRE DE LA MEDICINA	DOSIS DIARIA	DOSIS EN LA ESCUELA	HORA DE TOMARLA

1. _____	_____	_____	_____
2. _____	_____	_____	_____
3. _____	_____	_____	_____

Comentarios: (Razón para tomar la medicina, efectos secundarios posibles, etc.)

*No se suministran o ponen inyecciones excepto aquellas que son necesarias en una situación de emergencia o aquellas que son necesarias para que el estudiante pueda permanecer en la escuela (i.e. insulina, epinefrina).

Firma del Médico: _____ Fecha: _____

Teléfono: _____

El personal de Klein no está permitido a suministrar o dar ninguna clase de medicinas, incluyendo aspirina, preparaciones similares, o cualquier otra droga, a no ser que el padre solicite por escrito que existe la necesidad de esa medicina. Las medicinas sin receta médica que son necesarias por más de dos semanas también deben tener la solicitud escrita de un médico. Cuando se suministran o dan medicinas recetadas, el distrito escolar prefiere tener una declaración escrita de un médico o dentista licenciado para practicar en los Estados Unidos. Sin embargo, la información escrita en la etiqueta del recipiente con la medicina, si es precisa y clara para la enfermera de la escuela, puede substituir la declaración anterior. La medicina debe ser surtida por un farmacéutico licenciado para practicar en los Estados Unidos. Todas las medicinas deben estar en su recipiente original y son guardadas en un gabinete cerrado con llave en la oficina de la enfermera o de la persona designada por el director y son suministradas por el personal de la enfermería o un empleado de la escuela. Si las circunstancias son dudosas, el empleado de la escuela tiene el derecho de negar la solicitud del padre. Los empleados de la escuela no pueden dar vitaminas, alimentos especiales para la salud (health foods) o preparaciones de hierbas. No se suministrará ninguna medicina recetada o sin receta de países extranjeros.

PERMISO O AUTORIZACION DEL PADRE/GUARDIAN

Con la presente, yo autorizo al personal de la escuela a suministrar o dar medicina sin receta médica a mi hijo(a) durante horas escolares o medicina recetada de acuerdo a las instrucciones del médico. Yo comprendo que toda medicina sin receta médica que se le va a dar a mi hijo(a) por más de dos semanas necesita la autorización de un médico. También, yo tengo conocimiento que no se cambiará la dosis de la medicina sin una orden del médico que recetó la medicina.

Yo (doy / no doy) mi autorización al personal de la escuela, con mi solicitud verbal, para suministrar o dar dosis de medicina en adición a las dosis especificadas en este formulario, si es necesario que mi hijo(a) reciba la dosis diaria recetada por su médico y especificada en este formulario. Si hago tal solicitud, me comprometo a proveer la medicina adicional a la escuela después para permitir que la escuela continúe dando la dosis ordenada para administrarse en la escuela.

FIRMA DEL PADRE/GUARDIAN: _____ FECHA: _____

NUMERO DE TELEFONO: _____

KLEIN INDEPENDENT SCHOOL DISTRICT
AVISO DE TRASPASO/CONSENTIMIENTO PARA ADQUIRIR INFORMACION CONFIDENCIAL

Nombre del Estudiante: _____ Fecha/Nacimiento: _____ Escuela: _____

Nosotros estamos pidiéndole su autorización para que el Distrito de Klein (o su agente) hable con las personas especificadas en relación con el estudiante arriba mencionado y el traspaso o petición de los documentos especificados conteniendo información confidencial en relación con el estudiante arriba mencionado.

<input type="checkbox"/> EL DISTRITO DE KLEIN TIENE PERMISO PARA TRASPASAR INFORMACION A: Nombre: _____ Teléfono #: _____ Direccion: _____ Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal: _____	<p align="center">DOCUMENTOS PEDIDOS</p> <input type="checkbox"/> Todos los registros educacionales <input type="checkbox"/> Transcripciones & Vacunas <input type="checkbox"/> Valoraciones Académicas <input type="checkbox"/> Valoraciones Psicológicas <input type="checkbox"/> Valoraciones Comprensivas <input type="checkbox"/> Valoraciones de Conversacion/Lenguaje <input type="checkbox"/> Valoraciones Vocacionales <input type="checkbox"/> Valoraciones de OT/PT <input type="checkbox"/> Registros Médicos <input type="checkbox"/> Reportes de ARD/IEP <input type="checkbox"/> Plan Individual de Transición <input type="checkbox"/> Otros: _____
<input type="checkbox"/> EL DISTRITO DE KLEIN TIENE PERMISO PARA PEDIR INFORMACION DE: Nombre: _____ Teléfono #: _____ Direccion: _____ Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal: _____	

PROPÓSITO DEL TRASPASO:

Planeamiento Educacional
 Traslferencia del Estudiante dentro o afuera del Distrito
 Otro: _____

Si usted desea tener más información o si usted tiene algunas preguntas, por favor póngase en contacto con la persona indicada debajo:

_____ Teléfono: _____

Si No Yo he sido completamente informado(a) y entiendo la petición de la escuela para el traspaso de los registros del estudiante descritos arriba. Esta información será traspasada después de recibir mi petición escrita.

Si No Yo entiendo que mi consentimiento es voluntario y puede ser revocado por escrito en cualquier momento. De otro modo, este traspaso es valido por un año desde la fecha en que se firme.

Regulaciones federales requieren que los padres y los estudiantes adultos sean proveídos con una explicación completa de todos los procedimientos de seguridad en su idioma nativo u otro medio de comunicacion, cada vez que el distrito proponga o niegue la iniciacion o cambio de identificacion, evaluación, o colocación educacional del niño/niña o la provision de una educación pública, gratis, apropiada.

_____ Fecha: _____
 Firma de los Padres, Guardianes, Padres Adoptivos, o Estudiante Adulto

_____ Fecha: _____
 Firma del Intérprete, si fué usado

Por favor devuélvalo a: _____ Fecha Correo/Enviado: _____

