Estimado padre/tutor,

Nuestros registros indican que su estudiante tiene antecedentes de **asma**. Para garantizar su seguridad en la escuela, los siguientes formularios deben completarse y enviarse al enfermero/a de la escuela cada año si su hijo necesita medicamentos de rescate de emergencia (por ejemplo: inhalador de rescate) en la escuela o si llevará o administrará su propio medicamento:

1. **Autorización para tomar medicamentos durante el horario escolar (HEA-F062)**: Se debe completar un formulario por separado para cada medicamento y debe ser firmado por el padre/tutor y el médico (para medicamentos recetados) para autorizar la administración durante el horario escolar.

2. **Plan de acción/salud para emergencias de asma (HEA-F036):** El enfermero/la enfermera de la escuela consultará las órdenes de los médicos en colaboración con los aportes de los padres/tutores para completar este formulario.

Agradecemos el tiempo que dedica a completar estos formularios, ya que son esenciales para garantizar la seguridad de su hijo mientras recibe la mejor educación posible.

Si tiene alguna pregunta o necesita ayuda para completar estos formularios, comuníquese con el enfermero/la enfermera de su escuela.

**Plan de acción/salud de emergencia para el asma del CMCSS**
**Año escolar 20 ___ - 20 ___**

**Nombre del estudiante: _____ Escuela: _____ Grado: _____ Maestro/a:_____**

***Aporte de padre/tutor***

Desencadenantes del asma (encierre uno): Clima Actividad física Enfermedad Humo Polen Polvo Otro: _____

Alérgenos conocidos:_____

El estudiante ha tenido muchos ataques/exacerbaciones de asma graves: [ ] nunca [ ] semanalmente [ ] mensual

¿El estudiante toma medicación diaria para el asma?: [ ] Sí [ ] No Indique medicamentos: _____

*** Ubicación de la medicación de emergencia [ ] Clínica de enfermería [ ] Auto portar (ubicación ej. mochila): _____ [ ] Espaciador incluido**

---

**HEA-F062** La autorización para medicamentos en la escuela debe completarse para **cada** medicamento.

**School Nurse to complete below: ALWAYS REFER TO MEDICAL ORDERS**

| 🙂 **GREEN ZONE** *Child is breathing good, no wheeze/cough, can work and play* | |
|---|---|
| Pretreatment:<br>[ ] Not Required<br>[ ] Administer medication *see attached authorization<br><br>_____, Dose: _____ puffs<br>(name of medication) | [ ] PRN: Prior to strenuous activity (recess/gym)<br><br>[ ] Scheduled: Prior to strenuous activity (recess/gym) |
| 😐 **YELLOW ZONE** *Child has some breathing problems, slow to speak, wheeze/cough, problems with work & play* | |
| Administer Quick-relief medication:<br>[ ] Albuterol Dose: _____, may repeat after_____<br># of puffs (minutes/hours)<br>[ ] Other: _____<br>[ ] Nebulizer *see attached medication authorization | ***Do this: *Call the school nurse***<br><br>*The student should feel better within 20 - 60 minutes of the quick relief medication.<br>If they are getting worse, follow instructions in the RED ZONE. |
| 🙁 **RED ZONE** *Child is breathing hard and fast, ribs pulling in, trouble talking* | |
| **SYMPTOMS OF SEVERE ASTHMA ATTACK**<br>*Lips or fingertips turning blue, trouble talking or walking due to shortness of breath, cough constantly, decreased LOC, still in the red zone after 15 minutes, Call 911 and parent/guardian immediately | |
| Administer Quick-relief medication:<br>[ ] Albuterol Dose: _____, may repeat after_____<br># of puffs (minutes/hours)<br>[ ] Other: _____<br>[ ] Nebulizer *see attached medication authorization | ***Do this: *Call the school nurse*** |

**Firma del padre/tutor: _____ Fecha: _____**

**School Nurse Signature:_____ Date:_____**

# AUTORIZACIÓN PARA LA TOMA DE MEDICAMENTOS DURANTE EL HORARIO ESCOLAR

***TENGA EN CUENTA*** **:** Los medicamentos deben ser traídos a la escuela por un padre/tutor. Los estudiantes no pueden llevar consigo medicamentos a la escuela, a menos que se trate de un medicamento de rescate de emergencia que deba permanecer con el estudiante en todo momento y que esté indicado por el médico que lo recetó. Los medicamentos recetados deben estar en un frasco debidamente etiquetado con el nombre del estudiante, el nombre y el número de teléfono de la farmacia, la fecha (dentro del año escolar actual), el nombre del médico que recetó, el nombre del medicamento, la dosis y la frecuencia en la etiqueta de la farmacia. Los medicamentos de venta libre deben estar en el envase original del fabricante, sin abrir, que incluya la lista de ingredientes. Los medicamentos deben ser recogidos por un padre/tutor al final del año escolar o serán desechados.

**La siguiente sección deberá ser completada por el PADRE/TUTOR:**

| **Escuela:** | **Nombre del estudiante:** | **Fecha de nacimiento:** |
|---|---|---|
| | | |

Solicito que mi hijo/a reciba asistencia para tomar los medicamentos que se describen a continuación en la escuela por parte de personas legalmente autorizadas, o que se le permita medicarse por sí mismo/a, según lo autorice también su médico. Autorizo al personal escolar a contactar a su médico. Entiendo que, en caso de una emergencia de salud o seguridad con mi hijo/a, las autoridades escolares podrán compartir información médica confidencial con las autoridades de salud, seguridad o bienestar correspondientes. Asumiré toda responsabilidad y exoneraré a CMCSS y a su personal de cualquier reclamación legal derivada de la medicación tomada en la escuela.

_____ _____ _____ (____)_____

**Fecha** **Nombre del padre/tutor** **Firma del padre/tutor** **Teléfono de emergencia**

**APROBACIÓN DE LOS PADRES PARA EL AUTOPORTE/AUTOADMINISTRACIÓN DE MEDICAMENTOS DE RESCATE DE EMERGENCIA SOLAMENTE** (autoinyector de epinefrina, inhalador para el alivio del asma)

El proveedor debe indicarlo a continuación y los privilegios de porte personal pueden revocarse si la enfermera de la escuela determina que está haciendo mal uso del medicamento, compartiéndolo o se le encuentra incapaz de administrarlo adecuadamente.

**Iniciales del padre/madre solo para medicación de rescate de emergencia:** **Sí** **No** solicito que se le

**La siguiente sección debe ser completada por el MÉDICO para medicamentos recetados o por el PADRE/TUTOR para medicamentos de venta libre.**

**Nombre de medicamento:**

**Diagnóstico para el cual se prescribe el medicamento:**

| **Vía:** | **Dosis:** |
|---|---|

**Si se debe administrar la medicación diariamente, ¿a qué hora?** (considere un cronograma de dosificación alternativo para minimizar la medicación en la escuela)

**Si se debe administrar medicación "cuando sea necesario", describa las indicaciones:**

| **¿Qué tan pronto podrá repetirse?** | **¿Duración del tratamiento recomendada?**<br>**___Año escolar actual ___Otro:_____** |
|---|---|

**Enumere los efectos secundarios significativos:**

**El proveedor debe inicializar sí o no para cada uno de los siguientes medicamentos de rescate de emergencia únicamente***: (autoinyector de epinefrina, inhalador para el alivio del asma)*

¿Se le permite al estudiante llevar y autoadministrarse medicamentos de rescate de emergencia? __ **Sí** ___ **No** ¿Se le ha instruido al estudiante sobre la autoadministración de la medicación de rescate prescrita? __ **Sí** ___ **No**

**Fecha** **Firma del médico**

**Nombre, dirección y teléfono del médico:**