



Estimado padre/madre/tutor:

Nuestros registros escolares muestran que su estudiante tiene antecedentes de asma. Cada año se requieren los siguientes formularios para que su estudiante tenga Medicamentos de Rescate de Emergencia (por ejemplo, inhaladores) en la clínica de la escuela o para llevar/administrarse este medicamento por sí mismo:

1. Autorización para tomar medicamentos durante el horario escolar: el padre/madre/tutor y el médico deben completar, firmar y devolver a la enfermera de la escuela.
2. Plan de atención médica individual para el asma: debe completarse, firmarse por el padre/madre y devolverse a la enfermera de la escuela

Su tiempo y esfuerzo para completar estos formularios son muy apreciados. Este es otro paso para mantener seguro a su hijo/a mientras recibe la mejor educación posible en la escuela. No dude en comunicarse con la enfermera de su escuela si desea hablar sobre la condición de su estudiante o si necesita ayuda para completar estos formularios.

**PLAN INDIVIDUAL DE ATENCIÓN MÉDICA PARA EL ASMA DE CMCS**

*Vigente únicamente para el curso escolar 20\_\_ - 20\_\_ y DEBE renovarse cada curso escolar*

<b>Esta página debe ser completada por el PADRE/MADRE/TUTOR</b>	
Nombre del/la estudiante: _____ Edad: _____	
Lista de alergias conocidas: _____	
Profesor/a: _____	Escuela: _____ Grado: _____
<b><u>Tenga en cuenta</u> : Es responsabilidad de los padres/tutores mantener actualizada TODA la información de contacto/emergencia.</b>	
Nombre de padre(s)/tutor(es) y MEJOR información de contacto de emergencia:	
Nombre: _____	Nombre: _____
Telf. #: (____) _____ (casa/trabajo/celular)	Telf. #: (____) _____ (casa/trabajo/celular)

**Signos y síntomas que pueden ocurrir durante un ataque de asma (marque todo lo que corresponda):**

- |  |   |                                    |
|--|---|------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Opresión en el pecho                  | <input type="checkbox"/> Dificultad para respirar | <input type="checkbox"/> Tos       |
| <input type="checkbox"/> Aumento de la frecuencia respiratoria | <input type="checkbox"/> Miedo/Ansiedad           | <input type="checkbox"/> Jadeo     |
| <input type="checkbox"/> Incapaz de hablar sin respirar        | <input type="checkbox"/> Aleteo nasal             | <input type="checkbox"/> Agitación |
| <input type="checkbox"/> Otro _____                            |   |                                    |

**Desencadenantes conocidos que pueden provocar un episodio de asma:** \_\_\_\_\_

**Enumere todas las medidas ambientales/medicamentos/restricciones dietéticas necesarias para PREVENIR un episodio de asma:** \_\_\_\_\_

**Plan de atención de emergencia (marque todo lo que corresponda) y medicamento(s) de emergencia:**

- |  |   |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Hablar tranquilamente al estudiante       | <input type="checkbox"/> Supervisar y registrar los sonidos pulmonares hasta que mejore |
| <input type="checkbox"/> Colocar al estudiante en posición cómoda  | <input type="checkbox"/> Vigilar y registrar los signos vitales hasta que mejore        |
| <input type="checkbox"/> Fomentar la respiración profunda y lenta  | <input type="checkbox"/> Ayudar en la administración de medicamentos de emergencia      |
| <input type="checkbox"/> Notificar a la enfermera escolar si _____ |   |
| <input type="checkbox"/> Notificar a los padres/tutores si _____   |   |

Medicamento	Dosis	Vía	¿Cuándo usar?	¿Cuándo se puede repetir?
<b>(HEA-F062 Autorización para tomar medicamentos en horario escolar <u>debe</u> completarse para cada medicamento)</b>				
<b><u>*Se llamará al 911/EMS si el estudiante no muestra mejoría y no se puede contactar al padre/madre/tutor *</u></b>				

Yo, como padre/tutor,  SOLICITO  NO SOLICITO que, a mi hijo, mencionado anteriormente, se le permita llevar y autoadministrarse medicamentos y/o equipos de emergencia, **según lo ordenado por el proveedor de atención médica.**

Lugar seguro (en la persona del estudiante) donde se guardarán los medicamentos de emergencia:

mochila  bolsa de deporte  bolso  carpeta  OTRO: \_\_\_\_\_

Yo, como padre/tutor,  REQUIERO  NO REQUIERO que la enfermera de la escuela controle el uso del inhalador de mi hijo.

Yo, como padre/tutor reconozco que la escuela y sus empleados no incurrirán en ninguna responsabilidad como resultado de cualquier lesión sufrida por mi hijo/a, o cualquier otra persona, como resultado de la posesión o autoadministración de la medicación de emergencia. También indemnizaré y eximiré de responsabilidad a la escuela y sus empleados contra cualquier reclamo relacionado con la posesión o autoadministración de la medicación de emergencia. También entiendo que la escuela puede suspender o revocar los privilegios de posesión y autoadministración de mi hijo/a si él/ella hace un mal uso de la medicación de emergencia o la pone a disposición de otra persona para que la use.

<b>Firma padre/madre/tutor:</b>	_____	<b>FECHA:</b> _____
<b>Firma enfermera de la escuela:</b>	_____	<b>FECHA:</b> _____
<b>Firma enfermera del distrito:</b>	_____	<b>FECHA:</b> _____

**(HEA-F062 Autorización para tomar medicamentos en horario escolar debe completarse para cada medicamento)**

## AUTORIZACIÓN PARA TOMAR MEDICAMENTOS DURANTE EL HORARIO ESCOLAR

**TENGA EN CUENTA** : Los medicamentos deben ser traídos y recogidos de la escuela por el padre/madre/tutor o su adulto designado. Los niños no pueden traer medicamentos a la escuela ni llevar medicamentos a casa, a menos que se trate de un medicamento de rescate de emergencia que debe permanecer con el estudiante en todo momento. El medicamento debe estar en el frasco recetado debidamente etiquetado con el nombre del estudiante, el nombre y número de teléfono de la farmacia, la fecha (dentro del curso escolar actual), el nombre del médico que receta, el nombre del medicamento, la dosis y la frecuencia impresos en la etiqueta de la farmacia. Los medicamentos de venta libre deben estar en el envase original del fabricante sin abrir, y que muestre la lista de ingredientes.

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

Escuela:	Nombre del/la estudiante:	Fecha de nacimiento:
----------	---------------------------	----------------------

Solicito que mi hijo/a sea asistido/a en la toma de los medicamentos descritos a continuación, en la escuela por personas legalmente autorizadas o que se le permita medicarse a sí mismo/a según lo autorice el médico de mi hijo/a. También doy mi permiso para que el personal de la escuela se comunique con el médico de mi hijo/a. Entiendo que en una emergencia de salud o seguridad que involucre a mi hijo/a, los funcionarios escolares pueden compartir información de salud confidencial con los funcionarios de salud, seguridad o bienestar apropiados y necesarios.

Yo, \_\_\_\_\_, asumiré cualquier y toda responsabilidad por cualquier problema con  
**Nombre padre/madre/tutor escrito**

mi hijo/a tomando este medicamento en la escuela. Libero a CMCSS y a su personal de cualquier reclamo legal que tengan ahora, o en el futuro, surgido por la toma del medicamento mientras está en la escuela.

_____	(____)_____	(____)_____	
Fecha	Firma padre/madre/tutor	Teléfono	Teléfono de emergencia

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

**Nombre del medicamento:** \_\_\_\_\_

**Diagnóstico para el que se prescribe la medicación:** \_\_\_\_\_

<b>Vía:</b> _____	<b>Dosis:</b> _____
-------------------	---------------------

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

**Si la medicación se administra "cuando sea necesario", describa las indicaciones:**  
 \_\_\_\_\_

<b>¿Qué tan pronto se puede repetir?</b>	<b>¿Cuánto tiempo se recomienda el tratamiento?</b> ____ Curso escolar actual ____ Otro: _____
--	---

**Enumere los efectos secundarios significativos:**  
 \_\_\_\_\_

**Proveedor ponga sus iniciales sí o no para cada uno de los siguientes:**  
 ¿Se le permite al estudiante llevar y autoadministrarse medicamentos de rescate de emergencia? \_\_\_\_ SÍ \_\_\_\_ NO  
 ¿Se ha instruido al estudiante en la autoadministración de la medicación de rescate recetada? \_\_\_\_ SÍ \_\_\_\_ NO

Fecha	Firma del médico
-------	------------------

**Nombre, dirección y número de teléfono del médico:**  
 \_\_\_\_\_