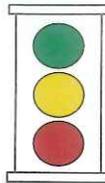




FREDERICKSBURG INDEPENDENT SCHOOL DISTRICT
HEALTH SERVICES

Nombre: _____
Fecha de nacimiento: _____
Escuela: _____



PLAN PARA LAS MEDICINAS DEL ASMA

Usted puede usar los colores del semáforo para ayudarse a aprender sobre sus medicinas.
1. VERDE significa SIGA. Use sus medicinas preventivas todos los días.
2. AMARILLO significa PRECAUCIÓN. Use medicinas para rápido alivio.
3. ROJO significa ¡Peligro! Use medicinas adicionales y llame a su doctor ¡YA!

VERDE significa ¡SIGA!

USE LAS MEDICINAS PREVENTIVAS TODOS LOS DÍAS

- * La respiración está bien
- * Sin tos o pillido/silbido
- * Puede trabajar y jugar

No es el caso (no usa medicamentos preventivos)

Medicina	Dosis	Horario	¿Tomarlo en la escuela?
_____	_____	_____	<input type="checkbox"/>
_____	_____	_____	<input type="checkbox"/>
_____	_____	_____	<input type="checkbox"/>



20 minutos antes de hacer deporte, use esta medicina: _____

AMARILLO significa ¡PRECAUCIÓN!

EMPIECE A TOMAR MEDICAMENTOS DE ALIVIO RÁPIDO



Tos



Silbido

1. SIGA TOMANDO LAS MEDICINAS DE LA ZONA VERDE
2. COMIENCE A TOMAR LAS MEDICINAS PARA RÁPIDO ALIVIO, EVITANDO QUE EL ATAQUE DE ASMA EMPEORE

Medicina	Dosis	Horario
_____	_____	_____
_____	_____	_____



Pecho Apretado Despertar en la Noche



- * Si NO se siente mejor en un lapso de 20 a 60 minutos siga el plan de la ZONA ROJA
- ** SI CONTINÚA CON ESTOS SÍNTOMAS POR UN LAPSO DE 12 A 24 HORAS, LLAME A SU DOCTOR

ROJO significa ¡PELIGRO!

¡ VAYA AL DOCTOR, YA!

- * La medicina no está ayudando
- * La respiración es difícil y acelerada
- * La nariz se abre mucho para respirar
- * No puede hablar bien

¡VAYA A UN DOCTOR O A UNA SALA DE EMERGENCIAS!
TOME ESTAS MEDICINAS HASTA QUE CONSULTE AL DOCTOR

Medicina	Dosis
_____	_____

Puede repetir esta dosis con 20 minutos de intervalo



LLAME AL 911 (EMS) SI: Los labios o las uñas de los dedos están morados, o
Está batallando para respirar, o
No se siente o se ve mejor en un lapso de 20 a 30 minutos

Recomendaciones del médico para los Días de Alerta Para la Calidad Del Aire: (Marque una)

- Ningun ejercicio al aire libre Actividad limitado al aire libre (evite correr y esprints) Ejercicio según lo tolere

Otro: _____

Recomendaciones del médico para autoadministración de las medicinas: (Marque una)

- He instruido el estudiante nombrado sobre la manera adecuada de usar sus medicinas. En mi opinión profesional, se debe permitirle traer y autoadministrarse las medicinas arriba mencionadas, mientras está en las propiedades de la escuela o en eventos relacionados a la escuela.
- En mi opinión profesional, el estudiante nombrado NO deberá traer ni autoadministrarse su medicina (s) para el asma, mientras está en las propiedades de la escuela o en eventos relacionados a la escuela.

Nombre del Proveedor del Cuidado Firma del Proveedor del Cuidado de la Salud Teléfono Fecha

Yo, _____ estoy de acuerdo con las recomendaciones del médico de mi hijo(a) anotadas arriba, y autorizo que mi hijo(a) reciba tal medicina(s) como se indica. También autorizo para que el médico de mi hijo(a) comparta información verbal o escrita con la enfermera de la escuela, durante este año escolar.

Firma del padre (madre)/ tutor Fecha

Teléfono de Casa Teléfono de Trabajo Teléfono de Celular

