Plan de acción contra el asma para las escuelas de Nuevo México

Distrito escolar: _____ Nombre de la escuela: _____ Año escolar: _____

Nombre del estudiante: _____ Fecha de nacimiento: ___ N.º de identificación escolar del estudiante: _____ Padre/tutor legal: _____ Teléfono: _____
_____ Contacto de emergencia: _____ Teléfono: _____
Nombre y cargo del profesional sanitario: _____ Teléfono: _____

Padre/tutor legal: Rellene la información de la sección superior y firme el consentimiento al final de la página; a continuación, entréguelo a la enfermera de la escuela.

Profesional sanitario: Rellene la información que figura a continuación y firme y feche la autorización de la solicitud al final de la página.

Gravedad del asma: ☐ Intermitente ☐ Leve persistente ☐ Moderada persistente ☐ Grave persistente

Desencadenantes del asma identificados: ☐ Ejercicio ☐ Resfriados ☐ Humo ☐ Polvo ☐ Polen ☐ Olores ☐ Moho/humedad ☐ Estrés ☐ Plagas ☐ ERGE ☐ Alergias alimentarias

Zona verde (saludable): Tome la(s) medicación(es) de control todos los días para prevenir los síntomas.
Prescripciones de medicación diaria/rutinaria:

- La respiración es buena
- Dormir bien
- Poder trabajar y divertirse
- Sin tos ni sibilancias

☐ Medicación: _____, _____inhalación(es), _____veces al día
☐ Medicación: _____, mediante nebulizador, _____veces al día
☐ Medicación oral: _____, dosis: _____, _____veces al día
Los medicamentos anteriores suelen administrarse en casa antes o después de la jornada escolar.

Si el ejercicio te provoca asma, utiliza un tratamiento preventivo antes de realizar una actividad intensa:
☐ Medicación: _____, _____inhalación(es), __minutos antes del ejercicio

** Los inhaladores dosificadores funcionan mejor con espaciadores * Utilice una mascarilla con espaciador o nebulizador si se lo han recetado * Enjuáguese la boca después de usar el inhalador*

Zona amarilla (Precaución): Continúe con los medicamentos de la zona verde y añada los medicamentos de rescate según estas indicaciones:

- Primeros síntomas de un resfriado
- Tos o sibilancias
- Opresión en el pecho
- Exposición a un desencadenante

Nombre y tipo de medicamento de *** Llame a los padres o tutores si se*
☐ Medicamento: _____, _____inhalación(es) cada _____minutos/horas según sea necesario
(Marque con un círculo una opción)

Si empeora o no mejora tras el tratamiento, PÁSE A LA ZONA ROJA

Nota: El uso de un inhalador de rescate más de dos veces por semana puede indicar un control deficiente del asma; se recomienda acudir a su médico de cabecera para un seguimiento.

Zona roja (emergencia): No deje solo al estudiante. Llame al 911 y comience el tratamiento indicado a continuación AHORA MISMO:

- No puede hablar, caminar ni comer bien
- El medicamento no le hace efecto
- Respiración difícil/rápida; es posible que se vean las costillas
- Labios y uñas azules
- Cansancio/letargo
- Tos incesante

Administrar medicación de rescate (tipo/nombre y dosis):
_____, _____inhalación(es)/nebulizador cada __minutos hasta que llegue el servicio de emergencias médicas

****En los centros que dispongan de oxígeno o si el alumno tiene prescripciones de oxígeno:*** *(utilice oxígeno solo si se dispone de un oxímetro de pulso); administre oxígeno para mantener la saturación por encima del 92 %, salvo que exista alguna contraindicación, y compruebe la saturación continuamente hasta que llegue el servicio de emergencias médicas; o siga las prescripciones de oxígeno del estudiante.*

Consentimiento para la administración de medicamentos en la escuela y prescripción del profesional sanitario:

☐ El alumno ha demostrado su capacidad para llevar consigo y administrarse de forma segura y eficaz la medicación inhalada para el asma.
☐ El alumno necesita ayuda y no debe llevarlo consigo.
Firma del médico/osteópata/enfermero practicante/auxiliar médico_____ **Fecha** _____

Original de 2016; revisado

Padres/tutores legales:
Apruebo este plan de actuación para el asma. Doy mi permiso para que la enfermera y el personal escolar capacitado sigan este plan, administren los medicamentos y se pongan en contacto con mi proveedor, si es necesario, y compartan este plan con el SBHC, si procede. Asumo toda la responsabilidad de proporcionar a la escuela los medicamentos recetados y los dispositivos de control. Doy mi permiso para que la escuela comparta la información anterior con el personal escolar que necesite conocerla y para que mi hijo participe en cualquier actividad educativa sobre el asma que se realice en la escuela.
Firma del padre/tutor legal: _____ Fecha: _____
Firma de la enfermera escolar: _____ Fecha: _____

Instrucciones para el estudiante y el padre/tutor legal

El Plan de Acción contra el Asma de Nuevo México para las Escuelas está diseñado para ayudar a todos a comprender los pasos necesarios para que cada estudiante alcance el objetivo de controlar el asma.

1. **Padres/tutores legales:** *Antes de llevar este formulario a su médico*, rellene la parte superior con:
   - Nombre del niño/de la niña
   - Nombre y número de teléfono del médico del niño/de la niña
   - Nombre del padre/madre o tutor legal
   - Fecha de nacimiento del niño/de la niña
   - Nombre y número de teléfono de una persona de contacto en caso de emergencia
2. **Su proveedor de atención médica** completará las siguientes secciones:
   - El nivel de gravedad del asma de su hijo/hija
   - La fecha de entrada en vigor de este plan
   - La información sobre los medicamentos y las dosis para las zonas/secciones Verde (Saludable), Amarilla (Precaución) y Roja (Emergencia)
3. **Los padres o tutores legales y los profesionales sanitarios** debatirán **conjuntamente** y, a continuación, rellenarán y firmarán los siguientes apartados:
   - Los factores desencadenantes del asma del niño/de la niña, en la parte superior del formulario
   - Sección de prescripción del profesional sanitario y consentimiento para la medicación en la escuela, en la parte inferior del formulario: Comente la capacidad de su hijo/a para autoadministrarse los medicamentos inhalados, marque la casilla correspondiente y, a continuación, tanto usted como su profesional sanitario deben firmar y fechar el formulario
4. **Padres/tutores legales:** *Después de completar el formulario con su profesional sanitario:*
   - Haga copias del Plan de actuación para el asma y entrega el original firmado a la enfermera de la escuela de su hijo/a o al cuidador de su hijo/a
   - Tenga una copia a mano en casa para ayudar a controlar el asma de su hijo/a
   - Entregue copias del Plan de Acción para el Asma a todas las personas que cuiden de su hijo/a, por ejemplo: niñeras, personal de programas extraescolares, entrenadores, monitores de grupos de jóvenes
   - Llame al médico de su hijo/a si tiene dudas sobre el control de la enfermedad o si se utiliza la medicación de rescate más de 2 veces a la semana para los síntomas del asma

Si padece asma o cualquier otra afección médica, consulte con su profesional sanitario o con el de su hijo/a.

RELLENE LA SECCIÓN DE ABAJO SI SU PROFESIONAL SANITARIO HA MARCADO LA OPCIÓN DE PERMISIÓN PARA QUE SU HIJO/A SE AUTOADMINISTRE LA MEDICACIÓN PARA EL ASMA EN LA PARTE DELANTERA DE ESTE FORMULARIO.
LAS RECOMENDACIONES TIENEN VIGENCIA DE SOLO UN (1) AÑO ESCOLAR Y DEBEN RENOVARSE ANUALMENTE

☐ SOLICITO que se PERMITA a mi hijo/a llevar consigo la siguiente medicación para su autoadministración en la escuela, de conformidad con la norma NMAC 6.12.2.9. Doy mi permiso para que mi hijo/a se autoadministre la medicación, tal y como se prescribe en este Plan de Acción contra el Asma de Nuevo México para las Escuelas correspondiente al presente curso escolar, ya que considero que es responsable y capaz de transportar, conservar y autoadministrarse la medicación. La medicación debe conservarse en su envase original de prescripción. Entiendo que el Distrito Escolar, sus agentes y sus empleados no incurrirán en responsabilidad alguna como resultado de cualquier afección o lesión derivada de la autoadministración por parte del alumno de la medicación prescrita en este formulario. Indemnizaré y eximiré de responsabilidad al Distrito Escolar, a sus agentes y a sus empleados frente a cualquier reclamación que surja de la autoadministración o la falta de administración de esta medicación por parte del/de la estudiante.

Firma del padre/tutor legal	Teléfono	Fecha