

Student Asthma/Allergy Action Plan

Plan de Acción del Asma/Alergias para Estudiantes

This Page To Be Completed By Physician
(Esta pagina debe ser completada por el médico)

Student Name: _____ Date Of Birth: _____ / _____ / _____
(MONTH) (DAY) (YEAR)

- Pre- Tratamiento para el Ejercicio:** Administrar el inhalador (**2 inhalaciones**) 15-30 minutos antes del ejercicio. (ej., EF, recreo, etc.)
- Albuterol HFA inhalador (Proventil, Ventolin, ProAir) Use inhalador con cámara de difusión con válvula
- Levalbuterol (Xopenex HFA) Puede llevar el inhalador y auto administrarse
- Pirbuterol inhalador (Maxair) Otro _____

Tratamiento del Asma

Administre medicación de alivio rápido cuando el estudiante presente síntomas de asma, tales como tos, resuellos o presión en el pecho.

- Albuterol HFA (Proventil, Ventolin, ProAir) 2 inhalaciones
- Levalbuterol (Xopenex HFA) 2 inhalaciones
- Pirbuterol (Maxair) 2 inhalaciones
- Use inhalador con difusor/cámara de difusión con válvula
- Puede llevar el inhalador y auto administrarse
- Albuterol inhalado **por nebulizador** (Proventil, Ventolin, AccuNeb)
- .63 mg/3 mL 1.25 mg/3 mL 2.5 mg/3 mL
- Levalbuterol inhalado **por nebulizador** (Xopenex)
- 0.31 mg/3 mL 0.63 mg/3 mL 1.25 mg/3 mL
- Otro/ Other: _____

Observe muy de cerca al estudiante después de darle la medicación de alivio rápido

Si, después de 10 minutos:

- Los síntomas han mejorado, el estudiante puede regresar al salón de clases después de notificar al padre/cuidador
- Los síntomas no mejoran, repetir el tratamiento y notificar al padre/cuidador inmediatamente
- **Si es estudiante continúa empeorando, LLAME al 911 e inicie el Protocolo de respuesta de Emergencia para Reacciones Alergicas sistémicas o Asma con riesgo vital de las escuelas de Nebraska**

Tratamiento para la Anafilaxia

Administre la epinefrina cuando el estudiante sienta síntomas de alergia tales como ampollas, dificultad para respirar (retracciones en el pecho o cuello) labios o unas volviéndose azules, o problemas para hablar (falta de aire)

- EpiPen® 0.3 mg
- EpiPen® Jr. 0.15 mg
- Auvi-Q™ 0.3 mg
- Auvi-Q™ 0.15 mg
- Adrenaclick® 0.3 mg
- Adrenaclick® 0.15 mg
- Administre la epinefrina inmediatamente cuando expuesto al alérgeno conocido.
- Puede llevar el inhalador y auto administrarse

LLAME AL 911 Después de dar epinefrina y Observar muy de cerca al estudiante

- Notifique al padre/cuidador inmediatamente
- **Inclusive si el estudiante mejora, el estudiante debe ser observado por síntomas recurrentes de anafilaxia en un servicio médico de emergencia**
- **Si es estudiante continúa empeorando, LLAME al 911 e inicie el Protocolo de respuesta de Emergencia para Reacciones Alergicas sistémicas o Asma con riesgo vital de las escuelas de Nebraska**

Provider Use only/Para uso exclusivo del proveedor de salud

- This student has a medical history of asthma and/or anaphylaxis and I have reviewed the use of the above-listed medication(s). If medications are self-administered, the school staff **must** be notified.

Additional information: (i.e. asthma triggers, allergens) _____

Physician name: (please print) _____ Phone: _____

Physician signature: _____ Date: _____

Parent signature: _____ Date: _____

Reviewed by school nurse/nurse designee: _____ Date: _____

Plan de Acción del Asma/Alergias para Estudiantes

(Esta pagina debe ser completada por el padre/madre o cuidador/a)

Nombre del estudiante _____ Edad: _____ Grado: _____

Escuela: _____ Maestra encargada: _____

Padre/Cuidador: _____ Teléfono) _____ (T) _____

Padre//Cuidador: _____ Teléfono) _____ (T) _____

Contacto de emergencia alternativo: _____ Teléfono) _____ (T) _____

Los activadores de Asma conocidos: Por favor señale la casilla para identificar que puede causar un episodio de asma a su estudiante.

<input type="checkbox"/> Ejercicio	<input type="checkbox"/> Infecciones respiratorias/virales	<input type="checkbox"/> Olores/humo/humo de tabaco	<input type="checkbox"/> Moho/humedad
<input type="checkbox"/> Polen	<input type="checkbox"/> Animales/caspa de animales	<input type="checkbox"/> Polvo/ácaros del polvo	<input type="checkbox"/> Hiedra/arboles
<input type="checkbox"/> Temperatura/tiempo—humedad, aire frio, etc.	<input type="checkbox"/> Pesticidas	<input type="checkbox"/> Comida—por favor escriba abajo	
<input type="checkbox"/> Otros—por favor escriba: _____			

Conocida la Alergia/Intolerancia: Por favor, señale lo que aplica y describa lo que sucede cuando su hijo come o entra en contacto con el alérgeno

Maní/Cacahuete	<input type="checkbox"/>	_____
Nueces	<input type="checkbox"/>	_____
Pescado/mariscos	<input type="checkbox"/>	_____
Huevos	<input type="checkbox"/>	_____
Soya	<input type="checkbox"/>	_____
Trigo	<input type="checkbox"/>	_____
Leche	<input type="checkbox"/>	_____
Medicamento	<input type="checkbox"/>	_____
Latex	<input type="checkbox"/>	_____
Picadura de insectos	<input type="checkbox"/>	_____
Otro	<input type="checkbox"/>	_____

Aviso: Si su hijo/hija ha sido recetado/a con epinefrina(ejem: EpiPen) para una alergia, es necesario también proveer de epinefrina a la escuela. Si su estudiante requiere una dieta especial con limitación o eliminación de alimentos, la escuela debe pedir a su doctor que complete la forma "Medical Statement for Students Requiring Special Meals"(Declaración medica para estudiantes que requieren comidas especiales).

Medicaciones Diarias: Por favor enliste las medicaciones diarias usadas en casa/o para ser administradas en la escuela

Nombre del Medicación	Cantidad/Dosis	Cuando administrarlo

Yo entiendo que todas las medicaciones para ser administradas en la escuela deben ser provistas por el padre/cuidador.

Firma del Padre: _____ Fecha: _____

Revisado por la enfermera de la escuela/designada: _____ Fecha: _____