

Departamento de Salud del Estado de Utah/Oficina de Educación del Estado de Utah  
**Plan de Acción contra el Asma, Autorización para Medicación y Auto-administración de medicamentos.**  
 de acuerdo con lo dispuesto en el artículo 53A-11-602 del Código de Utah

Nombre del estudiante \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento \_\_\_\_\_

Escuela \_\_\_\_\_

20\_\_\_\_ - 20\_\_\_\_  
 Año escolar

**PARA COMPLETAR POR EL MÉDICO:**



**Zona Verde: Se Siente Bien!**

Si muestra TODAS estas señales:

- Respira fácilmente
- No tiene tos ni le silba el pecho
- Puede dormir toda la noche
- Puede trabajar y jugar con normalmente

Medicamentos de control (prevención) que **toma en casa:**

Medicamento: \_\_\_\_\_ Dosis: \_\_\_\_\_ Cuando: \_\_\_\_\_  
 Medicamento: \_\_\_\_\_ Dosis: \_\_\_\_\_ Cuando: \_\_\_\_\_

Entre los factores desencadenantes del asma, se incluyen:  Polvo  Humo del tabaco

Caspa de los animales  Resfríos  Moho  Ejercicio  Olores fuertes  Polen

Polución  Otro: \_\_\_\_\_

Tome los medicamentos de alivio rápido (Ver instrucciones para medicación en la Zona amarilla):

Antes de hacer ejercicio/exponerse a cualquier factor desencadenante Cuando: \_\_\_\_\_  
 Otro: \_\_\_\_\_ Cuando: \_\_\_\_\_



**Zona Amarilla: Precaución!**

Si tiene ALGUNO de estos síntomas:

- Tos o le silba el pecho
- Opresión en el pecho
- Dificultad para respirar
- Se despierta por las noches

Medicamentos de alivio rápido aplicados por medio de un espaciador (si estuviera disponible):

Inhalador:

Nebulizador:

Dosis:

Frecuencia de la dosis:

Posibles efectos secundarios:

Otro: \_\_\_\_\_

Los padres deben contactar al médico indicado debajo si: 1) Necesita usar el medicamento de alivio rápido más pronto que cada 4 horas, o si lo necesita cada 4 horas por más de un día, o 2) si no mejora después de tomar los medicamentos



**Zona Roja: Emergencia!**

Si tiene ALGUNO de estos síntomas:

- No puede comer o hablar bien
- Respira rápido y con dificultad
- No mejora con los medicamentos
- Costillas o músculos del cuello visibles cuando aspira

**Llame al 911 para que envíen una ambulancia o vaya directamente a una sala de emergencias**

Administre los medicamentos de alivio rápido cada 20 minutos hasta que consiga ayuda médica.

Otro: \_\_\_\_\_

Los padres deben llamar al médico indicado debajo mientras se está atendiendo al niño/a.

El arriba descrito es mi plan de tratamiento para el estudiante mencionado arriba.

(Marque lo que corresponda) El estudiante  **tiene** /  **no tiene** autorización médica para auto-administrarse medicamentos para el asma o llevar consigo en todo momento medicamentos para el asma. El/Los medicamento(s) prescritos para este estudiante es/son los mencionado(s) arriba.

Nombre del médico (en letra de imprenta) \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_

Fecha \_\_\_\_\_

Teléfono del consultorio \_\_\_\_\_

Fax del consultorio \_\_\_\_\_

## PARA COMPLETAR POR LOS PADRES:

(Marque lo que corresponda)  **Sí** /  **No** : Autorizo a mi hijo/a \_\_\_\_\_ a llevar y auto-administrarse los medicamentos indicados arriba conforme al artículo 53A-11-602 del Código de Utah. Mi hijo/a y yo entendemos que existen consecuencias serias por compartir cualquier medicamento con otras personas.

Como padre /tutor del estudiante arriba mencionado, autorizo a la enfermera escolar y a otros miembros del personal escolar designados a administrar los medicamentos y seguir el protocolo según lo indicado en el plan de acción contra el asma. Me comprometo a indemnizar y eximir de toda responsabilidad a los arriba mencionados por cualquier juicio, reclamo, gasto, demanda o acción, etc., contra ellos por ayudar a este estudiante con su tratamiento del asma, siempre y cuando el personal siga las instrucciones del médico tal como se encuentran expresamente indicadas en el plan de acción contra el asma arriba descrito. Los padres/tutores y los estudiantes son responsables por mantener el suministro de los medicamentos y equipos necesarios. Doy mi consentimiento para que el médico que prescribe, la enfermera escolar, el consejero médico de la escuela y los profesionales de la salud de la clínica de la escuela puedan mantener entre ellos las comunicaciones necesarias para el tratamiento del asma y la administración de medicamentos. Entiendo que la información contenida en este plan será compartida con el personal de la escuela que necesite estar informado y que es responsabilidad del padre/tutor informar al personal de la escuela cada vez que se produzca un cambio en el estado de salud o en el plan de tratamiento del estudiante.

\_\_\_\_\_  
Nombre del padre (en letra de imprenta)

\_\_\_\_\_  
Firma

\_\_\_\_\_  
Teléfono

\_\_\_\_\_  
Celular

\_\_\_\_\_  
Contacto de emergencia

\_\_\_\_\_  
Relación

\_\_\_\_\_  
Teléfono

\_\_\_\_\_  
Celular

## PARA COMPLETAR POR LA ENFERMERA ESCOLAR:

Firmado por el médico y el padre (partes 1 y 2)

La medicación se encuentra etiquetada de manera adecuada

Se generó un registro de medicación

El inhalador se guarda:  En la mochila  En el aula  En la enfermería  En la recepción

El alumno lo lleva consigo  Otro: \_\_\_\_\_

Se distribuyó el plan de acción contra el asma al personal que necesita tener conocimiento del mismo:

Maestro(s)

Profesor(es) de educación física

Transporte

\_\_\_\_\_  
Firma

\_\_\_\_\_  
Fecha