

# PLAN DE ATENCION MEDICA DE EMERGENCIA (ASMA)

Nombre del Estudiante: \_\_\_\_\_ Fecha de Nac: \_\_\_\_\_ Grado: \_\_\_\_\_ Salón: \_\_\_\_\_

Domicilio: \_\_\_\_\_ Tel. de Casa: \_\_\_\_\_

Nombre de la Madre: \_\_\_\_\_ Tel. del Trabajo: \_\_\_\_\_ Tel. Móvil: \_\_\_\_\_

Nombre del Padre: \_\_\_\_\_ Tel. del Trabajo: \_\_\_\_\_ Tel. Móvil: \_\_\_\_\_

Nombre del Doctor: \_\_\_\_\_ Tel. del Doctor: \_\_\_\_\_

Hospital: \_\_\_\_\_ Seguro Médico: \_\_\_\_\_ Póliza #: \_\_\_\_\_

## SEÑALES TEMPRANAS DE UN EPISODIO DE ASMA:

### 1. Cambios en la respiración pueden incluir:

- Tos
- Respiración por la boca
- Respiración sibilante
- Falta de aire, y/o respiración agitada

### 2. Quejas Verbales. Es común que los estudiantes que están acostumbrados a los ataques de asma sepan cuando un episodio está por ocurrir. Es posible que el estudiante le diga al maestro que:

- Siente presión en su pecho
- No puede respirar bien
- Su cuello se siente raro
- Siente dolor en el pecho
- Su boca está seca
- Algo más general “No me siento bien.”

### 3. Otras señales pueden incluir:

- Comezón en el mentón o cuello—algunas personas se frotan el mentón o cuello a consecuencia de esta sensación, o
- habla “entrecortada”— puede que el estudiante hable con oraciones cortas y esporádicas.

## ACCIONES QUE DEBE TOMAR EL MAESTRO (A):

- Dar el medicamento(s): (Si está en el salón o si el estudiante lo tiene)
- Si el estudiante puede, que vaya a la oficina. Que alguien lo acompañe a la oficina.
- Llamar a la oficina:
  - para avisar que el estudiante está en camino O
  - para pedir que envíen el medicamento al salón y para pedir ayuda.

**Si no se siente mejor después de 5 - 10 minutos y no se puede contactar a alguno de sus familiares, la situación debe ser considerada una situación de asma urgente.**

## ACCIÓN PARA LAS SITUACIONES DE CRISIS ASMÁTICA:

Las siguientes situaciones pueden indicar una crisis asmática:

- Dificultad para respirar, caminar o hablar. El pecho y el cuello se hunde al respirar.
- Descoloramiento azul o gris de los labios o uñas.
- El estudiante está jorobado y tiene dificultad para respirar.
- El medicamento no ayuda a mejorar los síntomas que van empeorando, o no hay mejora en 15-20 min. Después del tratamiento inicial.

**Estas señales indican que se necesita atención médica de urgencia. Se debe tomar los siguientes pasos:**

4. LLAMAR al 911 (desde el salón se debe marcar 8-911).
5. Tranquilizar al estudiante, permanecer sereno y al lado del estudiante.

**DOY MI AUTORIZACION PARA QUE ESTA INFORMACIÓN SEA COMPARTIDA CON EL PERSONAL DE LA ESCUELA.**

Firma del Padre/Madre: \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

Firma de la Enfermera Escolar: \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

Firma del Director (a): \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

Firma del Maestro(a): \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

# INFORMACIÓN SOBRE EL ASMA PARA LA ESCUELA

Nombre del Estudiante: \_\_\_\_\_ Fecha de Nac: \_\_\_\_\_ Grado: \_\_\_\_\_ Salón: \_\_\_\_\_

- **Identifique las cosas que pueden causar un episodio de asma** (marque todos los que aplican a su niño (a):

Ejercicio       Olores fuertes o el humo       Polen       Infecciones Respiratorias  
 Polvo de gis/tiza       Alfombra en el salón       Cambio de Temperatura       Animales  
 Moho       Alimentos: \_\_\_\_\_       Otras: \_\_\_\_\_

- **¿Tiene su niño alguna limitación física? \***       Sí (indicar cuáles)       No  
Limitaciones: \_\_\_\_\_

- **¿El ejercicio le causa a su hijo episodios de asma?**       Sí (indicar cuáles)       No  
¿Qué tipo de ejercicio le induce el asma? \_\_\_\_\_

- **¿Hay algún clima específico que afecte el asma de su niño?**       Sí (indicar cuáles)       No  
Climas: \_\_\_\_\_

- **Nombre (s) del medicamento (s) que toma, la dosis, la frecuencia, y bajo qué circunstancias se le debe dar, dosis adicionales.**

Nombre: \_\_\_\_\_  
 Dosis: \_\_\_\_\_  
 Frecuencia: \_\_\_\_\_  
 ¿Dosis adicionales?: \_\_\_\_\_

Nombre: \_\_\_\_\_  
 Dosis: \_\_\_\_\_  
 Frecuencia: \_\_\_\_\_  
 ¿Dosis adicionales?: \_\_\_\_\_

- **¿Hay algún efecto secundario con los medicamentos?**       Sí (indicar cuáles)       No  
Efectos Secundarios: \_\_\_\_\_

- **¿Sabe su niño que es el asma y cómo tratarlo?**       Sí       No

- **¿Qué tan seguido le dan los ataques de asma a su niño:** \_\_\_\_\_

- **¿Cómo desea usted que la escuela proceda, cuando su hijo tenga un episodio de asma?**  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

- **Comentarios:**  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**\*Si su hijo (a) debe tener un medicamento en la escuela, es necesario que usted y su doctor llenen el Formulario de Consentimiento de Medicamentos. Para poder cumplir con cualquier limitación física, se requiere de una nota del doctor especificando dichas limitaciones.**

**DOY MI AUTORIZACIÓN PARA QUE ESTA INFORMACIÓN SEA COMPARTIDA CON EL PERSONAL ESCOLAR.**

Firma del Padre/Madre: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_