

EMERGENCY CARE PLAN (ASTHMA)

Student Name: _____ D.O.B: _____ Grade: _____ Room: _____

Address: _____ Home Phone #: _____

Mother's Name: _____ Work Phone #: _____ Mobile: _____

Father's Name: _____ Work Phone #: _____ Mobile: _____

Doctor's Name: _____ Doctor's Phone #: _____

Hospital: _____ Insurance: _____ Policy #: _____

EARLY SIGNS OF AN ASTHMA EPISODE:

1. Change in breathing may include:

- Coughing
- Wheezing
- Breathing through the mouth
- Shortness of breath, and/or rapid breathing

2. Verbal Complaints. Often a student who is familiar with asthma will know that an episode is about to happen.

The student might tell the teacher that:

- Chest is tight
- Chest hurts
- He/she cannot catch a breath
- Mouth is dry
- Neck feels funny
- A more general "I don't feel well."

3. Other signs may be:

- An itchy chin or neck – some people may rub their chin or neck in response to this feeling, or
- "clipped" speech – the student may speak in very short, choppy sentences.

ACTION FOR TEACHER TO TAKE:

- Give medication(s):

(If in classroom or on student)

- If the student is able, have him/her go to the office. Have someone accompany student to the office.
- Call the office
 - to let them know the student is coming OR
 - you need the medication brought to your room and you need assistance.

If there is no improvement after 5 - 10 minutes and a relative cannot be reached, it may be an asthma emergency.

ASTHMA EMERGENCY ACTION:

The following are possible signs of an asthma emergency:

- Difficulty breathing, walking or talking. Chest and neck pulls in with breathing.
- Blue or gray discoloration of the lips or fingernails.
- Child is hunched over and struggling to breathe.
- Failure of medication to reduce worsening symptoms or no improvement 15-20 min. after initial treatment.

These signs indicate the need for emergency medical care. The steps that should be taken are:

1. CALL 911 (from the classroom dial 8-911).
2. Reassure Student, stay calm and stay with the student.

I GIVE MY CONSENT FOR THIS INFORMATION TO BE SHARED WITH SCHOOL STAFF

Parent's Signature: _____ Date: _____

School Nurse's Signature: _____ Date: _____

Principal's Signature: _____ Date: _____

Teacher's Signature: _____ Date: _____

ASTHMA INFORMATION FOR SCHOOL

Student Name: _____ D.O.B: _____ Grade: _____ Room: _____

• **Identify the things which start an asthma episode** (check each that applies to your child)

- | | | |
|------------------------------|-----------------------------|---------------------------|
| _____ Exercise | _____ Strong odors or fumes | _____ Pollen |
| _____ Respiratory Infections | _____ Chalk dust | _____ Carpets in the room |
| _____ Change in temperature | _____ Animals | _____ Food: |
| _____ Molds | _____ Other: _____ | |

• **Does your child have any physical limitations*?**

Yes (if yes, please list.) No

Limitations: _____

• **Does exercise induce episodes of asthma?**

Yes (if yes, please list.) No

Exercises that induce asthma? _____

• **Do certain weather conditions affect your child's asthma?**

Yes (if yes, please list.) No

Weather: _____

• **Name(s) of medication* taken, dose, how often, and under what circumstances additional doses should be given.**

Name: _____

Name: _____

Dose: _____

Dose: _____

How often? _____

How often? _____

Additional dose? _____

Additional dose? _____

• **Any side effects to the above medications?**

Yes (if yes, please list) No

Side Effects: _____

• **Does your child understand asthma and what he should do to manage it?**

Yes No

• **Approximately how often does your child have an acute asthma episode?**

• **How do you want the school to treat an episode of asthma if it should occur at school?**

• **COMMENTS:**

***If your child needs any medication at school a Medication Consent Form must be completed by both the doctor and parent. In order to comply with any physical limitations, a note from the doctor specifying the limitations is required.**

I GIVE MY CONSENT FOR THIS INFORMATION TO BE SHARED WITH SCHOOL STAFF

Parent's Signature: _____

Date: _____

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: _____