

Asthma Care Plan

Student name _____ D.O.B _____
 Grade /Teacher _____ Physician/Phone _____

Emergency Information

Parent/guardian name #1 _____ #2 _____
 Phone #1 home) _____ work) _____ cell) _____
 #2 home) _____ work) _____ cell) _____

What triggers your child's asthma? _____

Does your child understand asthma and how to treat it? _____

Does your child use a peak flow meter? _____ What is his/her personal best? _____

All Current Medications

(Please indicate which medications will be given at school)		
Medication	Dose	Time

All medications, including epi-pens, to be provided by parent/guardian

If your child should have an asthma attack at school, health office staff will:

- 1) Encourage easy breathing and relaxation
- 2) Give medications if ordered by physician
- 3) Observe closely and contact parents if necessary.

Please indicate if you prefer a different course of action: _____

If student is experiencing an asthma emergency:

- * **Difficulty breathing, walking or talking**
- * **Blue or gray discoloration of lips or fingernails**
- * **Or failure of medication or worsening symptoms**

We will activate EMS and call parent/guardian.

The signature below authorizes the school district to share the health information on this care plan with school personnel for the safety and well being of this student.

Signature _____

Date _____

Plan para el Cuidado del Asma

Nombre y apellido/s del estudiante: _____

Fecha de nacimiento: _____ Grado/maestro(a): _____

Médico/teléfono: _____

Información en caso de emergencia

Padre/madre/tutor #1: _____ #2: _____

Teléfono #1 casa): _____ trabajo): _____ celular): _____

#2 casa): _____ trabajo): _____ celular): _____

¿Qué es lo que le provoca el asma a su hijo(a)? _____

¿Entiende su hijo(a) lo que es el asma y cómo tratarla? _____

¿Usa su hijo(a) un medidor de capacidad respiratoria? _____

¿Cuál es el número más alto de respiración que ha obtenido (“*personal best*”)? _____

Medicamentos utilizados actualmente

(Por favor indique que medicamentos deberán ser suministrados en la escuela)

Medicamentos	Dosis	Horario

Todas las medicinas, incluyendo jeringas auto-inyectoras para alergia, deberán ser facilitadas por el padre/madre/tutor.

Si su hijo(a) tiene un ataque de asma en la escuela, el personal de la enfermería:

1. Estimulará a su hijo(a) para que respire suavemente y se relaje.
2. Suministrará los medicamentos que hayan sido prescritos por un médico.
3. Observará al estudiante cuidadosamente y se comunicará con su(s) padre(s) si es necesario.

Si prefiere que sigamos un procedimiento diferente, por favor indíquelo: _____

Si un estudiante presenta una emergencia de asma como:

- * **Dificultad para respirar, caminar o hablar.**
- * **Decoloración azul o gris en los labios o en las uñas de las manos.**
- * **El medicamento suministrado no funciona o los síntomas empeoran.**

Solicitaremos el servicio médico de urgencia (EMS) y llamaremos al padre/madre/tutor.

The signature below authorizes the school district to share the health information on this care plan with school personnel for the safety and well being of this student.

Signature

Date