



Plan Individual de Salud  
Plan de Acción para el Asma

Fecha de vigencia: \_\_\_\_\_

Alumno: \_\_\_\_\_ Año lectivo: \_\_\_\_\_ Grado \_\_\_\_\_ Maestra \_\_\_\_\_

Contacto en caso de emergencia \_\_\_\_\_ Número de teléfono \_\_\_\_\_

Doctor/proveedor de salud \_\_\_\_\_ Número de teléfono \_\_\_\_\_

Alergias: \_\_\_\_\_

**PLAN DE ACCIÓN**

<b>CLASIFICACIÓN DE SEVERIDAD</b> (Ver la parte de atrás – Sección para el proveedor de salud)	<b>FACTORES DESENCADENANTES</b>		<b>ARREGLOS NECESARIOS</b> (Ver la parte de atrás – Sección para el proveedor de salud)
<input type="checkbox"/> Intermitente <input type="checkbox"/> Persistente-leve <input type="checkbox"/> Persistente-moderado <input type="checkbox"/> Persistente-severo	<input type="checkbox"/> Ejercicio <input type="checkbox"/> Polen <input type="checkbox"/> Moho <input type="checkbox"/> Humo <input type="checkbox"/> Clima <input type="checkbox"/> Animales domésticos <input type="checkbox"/> Emociones fuertes	<input type="checkbox"/> Gases de carro/autobús <input type="checkbox"/> Polvo/alfombra <input type="checkbox"/> Olores fuertes (ej., productos de limpieza, perfumes) <input type="checkbox"/> Infecciones respiratorias	<input type="checkbox"/> El alumno usa inhalador <input type="checkbox"/> El alumno tiene permiso para portar inhalador <input type="checkbox"/> El despacho guarda el inhalador <input type="checkbox"/> Cambios de ejercicios <input type="checkbox"/> Otros:

**SI VE ESTO**

**HAGA ESTO**

Respira bien/sin tos o jadeo.  
Puede jugar, caminar y hablar sin problema.

Puede necesitar usar inhalador antes de actividad física.  
Use inhalador como está prescrito en la receta.

**SI VE ESTO**

**HAGA ESTO**

Tos o jadeos. Permanezca con el niño, cálmese, haga que descanse y se siente.  
 “Siente presión” en el pecho. Use medidor de flujo máx. (si está en la escuela), controle en 15 min.  
 Le falta aire. Haga que el alumno use inhalador/nebulizador como lo indica el doctor.  
 Signos de “resfrío”(congestión, etc.) Si no mejora en 15 min., llame a la persona de contacto o enfermera.  
 Expuesto a un “factor desencadenante” conocido.

**Si empeora, llame al 9-1-1**

**SI VE ESTO**

**SEÑAL DE PELIGRO**

**HAGA ESTO**

Dificultad en caminar/hablar/se esfuerza respirar. Delegado **LLAME** al **9-1-1** y a los padres.  
 Respiración acelerada y difícil/se encorva. Delegado llame a la persona de contacto o enfermera.  
 Labios y uñas se ven grises o moradas. No deje al alumno sin supervisión.  
 Pecho y cuello “se hunde” al respirar/se muestran las costillas.  
 Fosas nasales están bien grandes.

Al firmar este plan individual de salud, Ud. autoriza a la enfermera escolar a compartir información cuando se necesita, incluyendo información sobre diagnóstico y proceso de la enfermedad, control de la condición con detalles específicos de control para el alumno, control en emergencias e información que puede afectar las metas educativas. Se puede compartir esto con el personal educativo, de transporte y de nutrición.



**Klamath Falls  
City Schools**

*100% Graduation is Our Expectation!*

Plan Individual de Salud  
Plan de Acción para el Asma

De acuerdo a SB 1040-ACCA 7/07 (art. 3a) que requiere al proveedor médico formular un plan de tratamiento escrito para controlar el asma del alumno en la escuela y para que el alumno use medicina en la escuela;

**Una autoridad médica tiene que rellenar la sección de arriba de esta hoja.**

**ÓRDENES DEL PROVEEDOR MÉDICO:**

SEVERIDAD/CLASIFICACIÓN:     Intermitente     Persistente-leve     Persistente-moderado     Severo

Broncodilatador (inhalador) prescrito: \_\_\_\_\_

Medicina oral prescrita: \_\_\_\_\_

Otra medicina para asma: \_\_\_\_\_

**La persona que prescribe da permiso al alumno a portar y auto-med icarse; el alumno ha demostrado capacidad y responsabilidad en el uso correcto.**

**El alumno no está listo para auto-med icarse en la escuela; siga los pasos y reglas de la página anterior.**

La actividad física puede desencadenar un episodio asmático.

**Limitaciones físicas incluyen: no** \_\_\_\_\_

Medidor de flujo     Independiente en el uso e interpretación (solo supervise)     Necesita ayuda

Otras instrucciones: \_\_\_\_\_

Firma del proveedor médico \_\_\_\_\_ Imprima el nombre \_\_\_\_\_

Establecimiento médico \_\_\_\_\_ Teléfono \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

*El administrador del establecimiento o enfermera del distrito podrá revocar o negar el permiso del Proveedor Médico para portar o auto-med icarse si se determina que el alumno no puede de forma segura o eficaz auto-administrarse o abusa el uso de medicina.*

*Solo para el uso de la escuela:*

Plan de Acción para el Asma y Órdenes Revisadas del Proveedor Médico

Por: \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

Al firmar este plan individual de salud, Ud. autoriza a la enfermera escolar a compartir información cuando se necesita, incluyendo información sobre diagnóstico y proceso de la enfermedad, control de la condición con detalles específicos de control para el alumno, control en emergencias e información que puede afectar las metas educativas. Se puede compartir esto con el personal educativo, de transporte y de nutrición.