

Student Asthma/Allergy Action Plan

Plan de Acción del Asma/Alergias para Estudiantes

***This Page To Be Completed By Health Care Provider
(Esta pagina debe ser completada por el médico)***

Student Name: _____ Date Of Birth: _____ / _____ / _____
(MONTH) (DAY) (YEAR)

- Pre- Tratamiento para el Ejercicio:** Administrar el inhalador (2 inhalaciones) 15-30 minutos antes del ejercicio. (ej., EF, recreo, etc.)
- Albuterol HFA inhalador (Proventil, Ventolin, ProAir) Use inhalador con cámara de difusión con válvula
- Albuterol DPI (ProAir RespiClick) Otro _____
- Levalbuterol (Xopenex HFA)

Tratamiento del Asma

Administre medicación de alivio rápido cuando el estudiante presente síntomas de asma, tales como tos, resuellos o presión en el pecho.

- Albuterol HFA (Proventil, Ventolin, ProAir) 2 inhalaciones
- Albuterol DPI (ProAir RespiClick) 2 inhalaciones
- Levalbuterol (Xopenex HFA) 2 inhalaciones
- Use inhalador con difusor/cámara de difusión con válvula
- Albuterol inhalado **por nebulizador** (Proventil, Ventolin, AccuNeb)
- .63 mg/3 mL 1.25 mg/3 mL 2.5 mg/3 mL
- Levalbuterol inhalado **por nebulizador** (Xopenex)
- 0.31 mg/3 mL 0.63 mg/3 mL 1.25 mg/3 mL
- Puede llevar el inhalador y auto administrarse
- Otro: _____

Observe muy de cerca al estudiante después de darle la medicación de alivio rápido

Si, después de 10 minutos:

- Los síntomas han mejorado, el estudiante puede regresar al salón de clases después de notificar al padre/cuidador
- Los síntomas no mejoran, repetir el tratamiento y notificar al padre/cuidador inmediatamente
- **Si es estudiante continua empeorando, LLAME al 911 e inicie el Protocolo de respuesta de Emergencia para Reacciones Alérgicas sistémicas o Asma con riesgo vital de las escuelas de Nebraska**

Tratamiento para la Anafilaxia

Administre la epinefrina cuando el estudiante sienta síntomas de alergia tales como ampollas, dificultad para respirar (retracciones en el pecho o cuello) labios o unas volviéndose azules, o problemas para hablar (falta de aire)

- EpiPen® 0.3 mg EpiPen® Jr. 0.15 mg
- Adrenaclick® 0.3 mg Adrenaclick® 0.15 mg
- Puede llevar el inhalador y auto administrarse
- Administre la epinefrina inmediatamente cuando expuesto al alérgeno conocido, incluso si no hay síntomas

Recueste al niño, levántele las piernas. Si tiene problemas para respirar o vomita, hágalo sentarse o recostarse sobre un lado.

LLAME AL 911 Después de dar epinefrina y Observar muy de cerca al estudiante

- Notifique al padre/cuidador inmediatamente
- ***Inclusive si el estudiante mejora, el estudiante debe ser observado por síntomas recurrentes de anafilaxia en un servicio médico de emergencia***
- ***Si es estudiante continúa empeorando, LLAME al 911 e inicie el Protocolo de respuesta de Emergencia para Reacciones Alérgicas sistémicas o Asma con riesgo vital de las escuelas de Nebraska***

Provider Use only/Para uso exclusivo del proveedor de salud

- This student has a medical history of asthma and/or anaphylaxis and I have reviewed the use of the above-listed medication(s). If medications are self-administered, the school staff **must** be notified.

Additional information: (i.e. asthma triggers, allergens) _____

Health Care Provider name: (please print) _____ Phone: _____

Health Care Provider signature: _____ Date: _____

Parent signature: _____ Date: _____

Reviewed by school nurse/nurse designee: _____ Date: _____

Plan de Acción del Asma/Alergias para Estudiantes

(Esta pagina debe ser completada por el padre/madre o cuidador/a)

Nombre del estudiante _____ Edad: _____ Grado: _____

Escuela: _____ Maestra encargada: _____

Padre/Cuidador: _____ Teléfono) _____ () _____

Padre//Cuidador: _____ Teléfono) _____ () _____

Contacto de emergencia alternativo: _____ Teléfono) _____ () _____

Los activadores de Asma conocidos: Por favor señale la casilla para identificar que puede causar un episodio de asma a su estudiante.

| | | | |
|--|--|---|---|
| <input type="checkbox"/> Ejercicio | <input type="checkbox"/> Infecciones respiratorias/virales | <input type="checkbox"/> Olores/humo/humo de tabaco | <input type="checkbox"/> Moho/humedad |
| <input type="checkbox"/> Polen | <input type="checkbox"/> Animales/caspa de animales | <input type="checkbox"/> Polvo/ácaros del polvo | <input type="checkbox"/> Hierva/arboles |
| <input type="checkbox"/> Temperatura/tiempo—humedad, aire frio, etc. | <input type="checkbox"/> Pesticidas | <input type="checkbox"/> Comida—por favor escriba abajo | |
| <input type="checkbox"/> Otros—por favor escriba: _____ | | | |

Conocida la Alergia/Intolerancia: Por favor, señale lo que aplica y describa lo que sucede cuando su hijo come o entra en contacto con el alérgeno

| | | |
|----------------------|--------------------------|-------|
| Maní/Cacahuete | <input type="checkbox"/> | _____ |
| Nueces | <input type="checkbox"/> | _____ |
| Pescado/mariscos | <input type="checkbox"/> | _____ |
| Huevos | <input type="checkbox"/> | _____ |
| Soya | <input type="checkbox"/> | _____ |
| Trigo | <input type="checkbox"/> | _____ |
| Leche | <input type="checkbox"/> | _____ |
| Medicamento | <input type="checkbox"/> | _____ |
| Latex | <input type="checkbox"/> | _____ |
| Picadura de insectos | <input type="checkbox"/> | _____ |
| Otro | <input type="checkbox"/> | _____ |

Aviso: Si su hijo/hija ha sido recetado/a con epinefrina(ejem: EpiPen) para una alergia, es necesario también proveer de epinefrina a la escuela. Si su estudiante requiere una dieta especial con limitación o eliminación de alimentos, la escuela debe pedir a su doctor que complete la forma “Medical Statement for Students Requiring Special Meals”(Declaración medica para estudiantes que requieren comidas especiales).

Medicaciones Diarias: Por favor enliste las medicaciones diarias usadas en casa/o para ser administradas en la escuela

| Nombre del Medicación | Cantidad/Dosis | Cuando administrarlo |
|-----------------------|----------------|----------------------|
| | | |
| | | |
| | | |

Yo entiendo que todas las medicaciones para ser administradas en la escuela deben ser provistas por el padre/cuidador.

Firma del Padre: _____ Fecha: _____

Revisado por la enfermera de la escuela/designada: _____ Fecha: _____