

PLAN DE ACCIÓN RESPIRATORIO  
20\_\_-20\_\_ - De las Escuelas Públicas de Lexington

NOMBRE \_\_\_\_\_ GRADO \_\_\_\_\_ EDAD \_\_\_\_\_ ESCUELA \_\_\_\_\_

Nombre del Padre o tutor \_\_\_\_\_

Teléfono: (hogar) \_\_\_\_\_ Teléfono: (trabajo) \_\_\_\_\_

Nombre de la madre o tutor \_\_\_\_\_

Teléfono: (hogar) \_\_\_\_\_ Teléfono: (trabajo) \_\_\_\_\_

Contacto para emergencias \_\_\_\_\_ Teléfono \_\_\_\_\_

¿Sufre de asma su niño(a)? \_\_\_\_\_

Indique las cosas pudieran provocar un ataque de asma:

El ejercicio \_\_\_\_\_ los olores o el humo \_\_\_\_\_ el aire frío \_\_\_\_\_ las infecciones respiratorias \_\_\_\_\_

las pesticidas \_\_\_\_\_ los cambios de temperatura \_\_\_\_\_ alfombras \_\_\_\_\_ el moho \_\_\_\_\_ limpiadores \_\_\_\_\_

el polen \_\_\_\_\_ los animales \_\_\_\_\_ Otras cosas \_\_\_\_\_

Si su niño usa un medidor de flujo de aire, indique los valores que han de usarse \_\_\_\_\_

¿Sufre el/la niño(a) de alergias a: comidas? \_\_\_\_\_ medicinas? \_\_\_\_\_

Alergias a otras cosas: \_\_\_\_\_

Síntomas de una reacción alérgica (Indique los síntomas que normalmente se presentan):

Picazón o comezón, hinchazón de los labios, la lengua o la boca – una sensación de opresión en la garganta, carraspera o ronquera, una tos áspera, dificultad del habla, urticaria, sarpullido con comezón, o hinchazón de la cara o extremidades, náusea, calambres abdominales, vómito o diarrea – respiración corta, tos, sonido silbante de los pulmones, desmayos, pérdida del conocimiento

Medicamentos:

☛ ¡LOS PADRES TIENE LA RESPONSABILIDAD DE PROVEERLE A LA ESCUELA EL MEDICAMENTO  
O EL INHALADOR NECESARIOS PARA USO EN LA ESCUELA!

Medicamentos que han de usarse rutinariamente en la escuela:

Nombre de la medicina:	Indique cuánta debe tomar	Indique cuán a menudo debe tomarla

Medicamentos que han de usarse antes de la educación física

Nombre de la medicina:	Indique cuánta debe tomar	Indique cuán a menudo debe tomarla

En la escuela, el/la niño(a) mantendrá su inhalador en: \_\_\_ su mochila \_\_\_ su escritorio \_\_\_ su bolsillo \_\_\_ en la oficina de la escuela

Plan de acción para el personal:

5. Dar el medicamento de acuerdo a cómo se indicó arriba
6. El alumno puede regresar a la clase si es que \_\_\_\_\_
7. Comuníquese con uno de los padres si es que \_\_\_\_\_
8. Si el alumno no se mejora o si la condición empeora, se iniciará el protocolo de REACCIÓN URGENTE A UNA REACCIÓN ASMÁTICA O SISTÉMICA QUE PONGA LA VIDA EN PELIGRO (ANAFILAXIS).

Comentarios o instrucciones especiales: \_\_\_\_\_

Comprendo que el personal de la escuela pondrá este plan por obra, y si es necesario, llamará al 911 y usar el protocolo. Doy permiso al personal de enfermeras de las escuelas de Lexington de comunicarse con el doctor \_\_\_\_\_, o con el médico que prescribió el/los medicamentos indicados, con respecto a los problemas respiratorios o de asma o el plan de acción.

Firma de los padres

fecha