

## **Documentación requerida para el estudiante**

### **Identificado como asma**

Estimado padre o Guardianes:

Ha revelado que \_\_\_\_\_ tiene asma. El Distrito requiere información adicional para tomar las precauciones necesarias para la seguridad del estudiante y para autorizar el tratamiento del estudiante en caso de un brote de asma en la escuela o en una actividad relacionada con la escuela. Se adjuntan a esta carta los siguientes formularios:

1. "Carta de bienvenida" con información detallada sobre el manejo del asma en la escuela
2. Plan de acción contra el asma para el hogar y la escuela \*;
3. Autorización de auto-transporte / administración de medicamentos \*;
4. Solicitud de administración de medicamentos;
5. Divulgación / consentimiento para solicitar información médica.

Los formularios marcados con un asterisco deben ser completados y firmados por un MD, DO, NP o APRN. Por favor devuelva estos formularios a la enfermera de su escuela lo antes posible. Se agradece enormemente cualquier información o documentación adicional que ayude al campus a reconocer los signos y síntomas de una emergencia de asma.

Atentamente,

LTISD Student Health Services

## **Carta de Bienvenida para el Estudiante Diagnosticado con Asma**

Estimado/a padre/madre o tutor:

Nuestro equipo escolar espera un año excelente para su hijo. Como parte del programa de manejo del asma de nuestra escuela, su hijo trabajará con la enfermera de la escuela y otros miembros del personal para seguir su plan de acción para el asma y aprender cómo reducir los síntomas y los ataques de asma.

Para poder brindarle el mejor programa posible de control del asma, le pedimos que por favor nos ayude con lo siguiente:

- Obtenga un plan de acción para controlar el asma, escrito por el médico de su niño/a o por otro profesional de la salud, y deje una copia con la enfermería de la escuela. Este plan de acción para el control del asma indica las metas de tratamiento de su niño/a, el plan de medicamentos y de flujo máximo, y lo que debe hacerse para reducir los factores desencadenantes del asma de su niño/a. Verifique que el plan de acción para controlar el asma contenga instrucciones para controlar los síntomas durante actividades especiales en la escuela o fuera de ella. Estas actividades y eventos pueden ser el recreo, la educación física, los juegos al aire libre, los paseos escolares, las fiestas y las clases de arte y música. Puede usar el formulario adjunto o un formulario del profesional de la salud de su niño/a. Si su niño/a no tiene un proveedor de atención primaria, hable con nuestro equipo de salud escolar para elaborar un plan en el que se atiendan las necesidades de su niño/a para mantener el asma bajo control.
- llene los formularios adjuntos de administración de medicamentos para cada medicamento que se debe administrar en la escuela o durante actividades escolares fuera de la escuela y entréguelos déjelos en la enfermería de la escuela. Si su niño/a debe llevar sus propios medicamentos y tomarlos en la escuela y en las actividades escolares, entregue el formulario adjunto firmado por el profesional de la salud de su niño/a. Lleve los medicamentos a la escuela en sus envases originales con las etiquetas de la farmacia; no envíe medicamentos con su niño/a. Obtenga una nueva receta o más medicamentos cuando sea necesario, y lleve el control de las fechas de vencimiento de los medicamentos que puedan ocurrir durante el año escolar. Si su niño/a lleva y toma sus propios medicamentos, puede dejar un segundo inhalador en la

escuela, si usted lo desea.

- Reúname con la enfermera de la escuela antes de que empiecen las clases y cuando sea necesario durante el año escolar, para hablar sobre los problemas de salud de su niño/a, los medicamentos, los aparatos para administrar los medicamentos y los factores que le desencadenan el asma.
- Colabore con la enfermera y los maestros de la escuela para desarrollar un plan de comunicación que facilite el manejo de cualquier tarea o prueba escolar que su hijo no pueda realizar si falta a la escuela debido al asma. Reúname también con los maestros de educación física y los entrenadores de deportes para hablar sobre las necesidades especiales que su niño/a pueda tener en relación con el asma inducida por el ejercicio.
- Prepare a su niño/a: Asegúrese de que su niño/a entienda su plan de medicamentos y cómo debe manejar los síntomas, los factores desencadenantes y las restricciones alimentarias. Explíquelo los reglamentos escolares relacionados con el control del asma, como las reglas sobre el uso de medicamentos.
- Informe al personal de la escuela sobre cualquier cambio que haya en el estado de salud de su niño/a o en su plan de acción para controlar el asma.
- Hable con el médico o con otro profesional de la salud de su niño/a sobre los servicios y el apoyo que ofrece la escuela para ayudar a su niño/a a controlar el asma.

En nuestro programa de control del asma también se incluyen los siguientes componentes que apoyarán a su niño/a en el control de la enfermedad cuando esté en la escuela:

- Capacitación sobre el asma de todos los miembros del personal de la escuela para que estén preparados para cumplir con los planes de acción para controlar el asma de los estudiantes, identificar los síntomas y los signos que indican el inicio de un ataque de asma, y manejar emergencias relacionadas con el asma.
- Filtración mejorada de la calidad del aire interior para promover un ambiente saludable y reducir los desencadenantes del asma
- Un ambiente escolar que apoya y alienta el respeto hacia los demás.

Muchas gracias por colaborar con nosotros para ayudar a su niño/a. Si tiene alguna pregunta o inquietud sobre cómo mantener el asma de su niño/a bajo control mientras está en la escuela, comuníquese con la enfermera de su campus.

Nombre: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_  
 Gravedad del asma:  Intermitente  Persistente suave  Persistente moderada  Persistente grave  
 Él/ella ha tenido muchos o graves ataques de asma/exacerbaciones

**😊 Zona Verde** El niño debe tomar estos medicamentos todos los días, incluso cuando se siente bien.

Siempre use espaciador con los inhaladores según las instrucciones.

Medicamento(s) de control: \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

Medicamento(s) de control dado en la escuela: \_\_\_\_\_

Medicamento de rescate: Albuterol/Levalbuterol \_\_\_\_\_ puffs cada cuatro horas según sea necesario

Medicamento de ejercicio: Albuterol/Levalbuterol \_\_\_\_\_ puffs 15 minutos antes de la actividad según sea necesario

**😞 Zona Amarilla** Comience el plan de tratamiento para enfermedad si el niño tiene tos, sibilancias, falta de aire u opresión en el pecho. El niño debe tomar todos estos medicamentos cuando está enfermo.

Medicamento de rescate: Albuterol/Levalbuterol \_\_\_\_\_ puffs cada 4 horas según sea necesario

Medicamento(s) de control

Pasar a medicamentos de Zona Verde: \_\_\_\_\_

Agregar: \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

Cambia: \_\_\_\_\_

Si el niño está en la Zona Amarilla más de 24 horas o si empeora, pase a la Zona Roja y **LLAME AL MÉDICO DE INMEDIATO**

**😞 Zona Roja** Si la respiración es dificultosa y rápida, sobresalen las costillas, hay dificultad para caminar, hablar o dormir.  
**Pida ayuda ya mismo**

**Tomar medicamento(s) de rescate ahora**

Medicamento de rescate: Albuterol/Levalbuterol \_\_\_\_\_ puffs cada \_\_\_\_\_

Tomar: \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

**Si el niño no mejora de inmediato, llame al 911**

Por favor, llame al doctor en cualquier momento si el niño está en la Zona Roja.

**Disparadores de asma:** (Lista)

**Personal escolar:** Siga los planes de la Zona Amarilla y de la Zona Roja para medicamentos de rescate según los síntomas del asma. A menos que se estipule otra cosa, los únicos controles que se darán en la escuela son los listados en la Zona Verde como "dados en la escuela".

- Tanto la persona a cargo de cuidar el asma como el padre/la madre creen que el niño puede llevar y autoadministrarse sus inhaladores  
 La enfermera escolar está de acuerdo en que el alumno se autoadministre los inhaladores

Nombre en imprenta e información de contacto de quien atiende el asma:

Firma de quien atiende el asma:

Fecha:

**Madre o padre/Tutor:** Autorizo por escrito para que los medicamentos listados en el plan de acción sean dados en la escuela por la enfermera u otro personal escolar según sea apropiado. Autorizo la comunicación entre el profesional médico que prescriba el tratamiento/la clínica, la enfermera escolar, el asesor médico escolar y los proveedores de cuidados médicos que estén en la escuela necesarios para el tratamiento del asma y la administración de este medicamento.

Firma de padre-madre/tutor:

Revisado por enfermera escolar:

Fecha:

Fecha:

### Solicitud de administración de medicamentos

Estudiante: \_\_\_\_\_ FECHA DE NACIMIENTO \_\_\_\_\_ Grado: \_\_\_\_\_ Campus: \_\_\_\_\_

Medicamento: \_\_\_\_\_ Dosis: \_\_\_\_\_

Tomar medicamento:  por vía oral  inhalador  tópico (crema)  inyección  otro \_\_\_\_\_

Afección para la que se administra el medicamento: \_\_\_\_\_

A ser administrado:  Todo el año escolar - o -  Las fechas siguientes: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ a: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

Cuándo:  De manera rutinaria a las siguientes horas: \_\_\_\_\_ - o -  Cuando sea necesario

Consideraciones especiales/efectos secundarios: \_\_\_\_\_

Para los medicamentos diarios:  Sí, favor de administrar el medicamento diario en los paseos escolares  
 No, favor de no enviar el medicamento diario a los paseos escolares

Otros medicamentos que toma en casa: \_\_\_\_\_

Lista de alergias a alimentos o fármacos: \_\_\_\_\_

- Debe firmarlo un**  medicamento recetado administrado más de 10 días escolares (medicamento diario)
- médico para cualquiera de**  medicamento de venta libre administrado más de 5 días consecutivos
- estas razones:**  medicamento de venta libre que se administre a una dosis más elevada de lo indicado en la etiqueta

**Padre/Tutor:** Autorizo al personal del distrito administrar el medicamento a mi hijo en conformidad con las normas del Distrito y la Agencia de Educación de Texas. Reconozco además que es responsabilidad del padre/tutor mantener un suministro del medicamento. Los medicamentos sin reclamar se destruirán al final del año escolar.

Firma:	Fecha:
Nombre en letra de molde:	Teléfono:

**Médico:** Solicito que el estudiante reciba este medicamento durante el día escolar de acuerdo a lo indicado previamente.

Firma:	Fecha:
Nombre en letra de molde:	Teléfono:

**Escuela:** Medicamento recibido por:

Firma:	Fecha:	Cantidad recibida:
Nombre en letra de molde:	Teléfono, ext.:	Fecha de vencimiento:



## AUTORIZACIÓN PARA TRAER Y ADMINISTRAR MEDICAMENTO POR SI MISMO

La política del Consejo de Educación permite que un estudiante responsable y capacitado traiga consigo y/o administre por sí mismo medicamento para el asma para su uso inmediato en caso de ocurrir una situación que ponga en peligro su vida, con la orden específica de su médico o proveedor de servicios de salud, la solicitud de su(s) padre(s) y la aprobación de la enfermera y de la directora de la escuela.

### Médico / Proveedor de Servicios de Salud que otorga la receta.

Nombre del estudiante: \_\_\_\_\_ Grado: \_\_\_\_\_ DOB: \_\_\_\_\_

Enfermedad para la que se da este medicamento: \_\_\_\_\_

Nombre del medicamento: \_\_\_\_\_

Metodo de administracion: \_\_\_\_\_ Dosis: \_\_\_\_\_

Indicaciones para administrar el medicamento: \_\_\_\_\_

Efectos secundarios: \_\_\_\_\_

Otras recomendaciones: \_\_\_\_\_

Fechas para administrar (no exceder un año escolar): From \_\_\_\_\_ to \_\_\_\_\_

**En mi opinión, este estudiante muestra la capacidad de traer consigo y administrar por sí mismo el medicamento arriba mencionado.**

Firma del medico: \_\_\_\_\_ Tel.: \_\_\_\_\_

Nombre del medico: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

### Autorización de (los) padre(s) / o guardián

Yo solicito que mi hijo(a) nombrado arriba, sea autorizado a llevar consigo y administrar por sí mismo el medicamento mencionado arriba. Yo me hago responsable por este permiso. Yo entiendo que el medicamento deberá estar en su envase original de la farmacia, etiquetado con el nombre impreso de mi hijo(a) el nombre del médico que receta, el nombre del medicamento, la fecha en que fue recetado originalmente, la dosis, la concentración y las indicaciones para su uso. La escuela no permite tener el medicamento en una cantidad mayor que el suministro para 30 días. El medicamento será destruido si no es recogido a más tardar una semana después del fin de cursos, o después de haber pasado la fecha que haya indicado el médico en la receta.

Firma de los padres: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Firma del estudiante: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

### Aprobación de la Dirección y de la Enfermera de la Escuela

Aceptamos la solicitud de los padres y la orden médica otorgados arriba. Damos permiso y ayudaremos al estudiante a ser responsable de llevar consigo el medicamento, reservándonos el derecho de retirar el privilegio de llevarlo y administrarlo por sí mismo, si el estudiante demuestra una conducta irresponsable, o si se reporta un riesgo de seguridad. En el caso de que exista este último, la administración contactará a los padres de inmediato.

Firma de la enfermera de la escuela: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Firma de la principal: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_



**Divulgación / consentimiento para solicitar información médica**

**Nombre del estudiante** \_\_\_\_\_

**Fecha de nacimiento** \_\_\_\_ **Grado** \_\_\_\_ **Escuela** \_\_\_\_\_

Por favor autorice a la persona nombrada a continuación para solicitar registros específicos que contengan información confidencial sobre el estudiante mencionado anteriormente.

De: Lake Travis Independent School District

Para: \_\_\_\_\_  
Médico al que se hace la solicitud

\_\_\_\_\_  
Escuela

\_\_\_\_\_  
Número telefónico

\_\_\_\_\_  
Dirección

\_\_\_\_\_  
Dirección

\_\_\_\_\_  
Ciudad/Estado/Ciudad

\_\_\_\_\_  
Ciudad/Estado/Ciudad

\_\_\_\_\_  
Fax

\_\_\_\_\_  
Fax

**Registros que se entregarán**

- Historia Médica
- Ordenes Médicas
- Comunicación continua

**Propósito de la divulgación**

- Desarrollar un plan de atención médica adecuado
- Para aclarar las necesidades médicas del estudiante

\_\_\_\_\_ en: \_\_\_\_\_  
Enfermera de la escuela                                  Número Telefonico

- Si  No            He sido completamente informado y entiendo la solicitud de mi consentimiento de la escuela, como se describe arriba. Esta información se solicitará al recibir mi consentimiento por escrito.
- Si  No            Entiendo que mi consentimiento es voluntario y puede ser revocado en cualquier momento.

\_\_\_\_\_  
Firma de padre/tutor

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Nombre impreso del padre/tutor