



Escuelas de la Comunidad, Estudiantes Exitosos

Nombre del Estudiante \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento \_\_\_\_\_ # de Identificación \_\_\_\_\_

Escuela \_\_\_\_\_ # de Teléfono de la Escuela \_\_\_\_\_

Nombre del Padre/Tutor \_\_\_\_\_ # de Teléfono del Padre/Tutor \_\_\_\_\_

Nombre del Doctor \_\_\_\_\_ # de Teléfono del Doctor \_\_\_\_\_

Atención Padre/Tutor/Personal Escolar: CUALQUIER estudiante con asma (cualquier severidad) puede tener un ataque de asma SEVERO.

Mis provocantes de asthma son:  Ejercicio  Aire Frio  Pelos de Animal  Olores Fuertes  Césped/Polen  Resfrío/Influenza  Humedad  Otro \_\_\_\_\_

Table with 4 columns: Medicamentos de control, Cantidad, Frecuencia, Otras Instrucciones. Includes instructions like 'Tome las medicinas de control' and 'Hacerse gárgaras o enjuagar la boca'.

INSTRUCCIONES ESPECIALES CUANDO YO me siento bien, mi estado empeora, tengo una emergencia.

ZONA VERDE section: Me Siento Bien. Includes symptoms like 'Respira bien y No tiene tos', 'PREVENIR los sintomas del asthma todos los días', and a smiley face icon.

ZONA AMARILLO section: No Me Siento Bien. Includes symptoms like 'Tos, silbido, opresión en el pecho', 'PRECAUCION, Continúe tomando la medicina de control', and a neutral face icon.

ZONA ROJA section: Alerta Médico. Includes symptoms like 'Opresión de pecho severa, o Respiración corta', '¡EMERGENCIA! ¡Obtenga Ayuda! ¡No deje al estudiante solo!', and a sad face icon.

Doctor: Mi firma provee autorización para las órdenes por escrito en la parte de arriba. Yo comprendo que se implementarán todos los procesos de acuerdo con las leyes estatales y reglamentos. El estudiante puede llevar consigo mismo y administrarse el medicamento de asma:  Si  No

Petición y Autorización del Padre: Yo pido que la escuela asista a mi niño(a) con el medicamento(s) de asma mencionados en la parte de arriba y el Plan de Acción de Asma conforme a la orden del doctor de acuerdo con las leyes y reglamentos estatales. Mi niño(a) puede llevar consigo mismo y administrarse el medicamento del asma:  Si  No

La Enfermera de la Escuela: Ha revisado este plan de acción con el: Estudiante \_\_\_\_\_ Padre \_\_\_\_\_ Personal de la Oficina \_\_\_\_\_ Maestro de Educación Física \_\_\_\_\_