



ASMA PLAN DE ACCION DE EMERGENCIA *ASTHMA EMERGENCY ACTION PLAN*

NOMBRE (NAME): _____ **Fecha de Nacimiento (DOB):** _____

Escuela (School): _____ **Grado (Grade):** ____ **Maestra (Teacher):** _____

Información de Contacto (Contact Information):

Padre/Guardián (Parent/Guardian) : _____

Teléfono #(t) (Telephone (w)) _____ **Telephone (Telephone) (c) #:** _____

Dirección (Address): _____

Contacto de Emergencia (Emergency Contact): _____ **Teléfono (Telephone)#:** _____

Medico Administrando El Tratamiento Del Asma): _____

Physician Treating Student for Asthma **Teléfono (Telephone) # :** _____

PLAN DE EMERGENCIA (Completar las líneas, tachar e inicial lo que no aplica para este estudiante.)

EMERGENCY PLAN (Fill in blanks, cross out and initial any steps not needed for this student.)

Acción de emergencia es necesaria cuando el estudiante tiene síntomas como (Emergency action is needed when the student has symptoms such as) _____, _____, _____, _____, **o**
tiene un registro de peak flow de (or has a peak flow reading of) _____.

• **Medidas que se deben tomar durante un episodio de asma (Steps to be taken during an asthma episode):**

- 1. Revisar el peak flow si el estudiante tiene el metro en la escuela. Seguir los guías (otro costado). (Check peak flow if student has a meter at school. Follow guidelines (see reverse side)).**
- 2. Administrar medicamentos como autorizado (Give medications as authorized) . El estudiante debe responder al tratamiento entre 15-20 minutos (Student should respond to treatment in 15-20 minutes).**
- 3. Contactar al padre/guardián si (Contact parent/guardian if)** _____

4. Revisar el peak flow (Re-check peak flow).

5. Buscar cuidado de medico si el estudiante tiene algunos de lo siguiente:

(Seek emergency medical care if the student has any of the following) :

- Toser constante (Coughs constantly)**
- No hay mejoría después de 15-20 minutos después del tratamiento inicial con medicamento y no se puede conseguir al padre/guardián (No improvement 15-20 after initial treatment with medications and a parent/guardian cannot be reached).**
- Peak Flow** _____
- Problemas Respiratorio (dificultad en respirar) indicado por:**
(Respiratory Distress (difficulty breathing) as indicated with):
 - ✓ **Pecho y Cuello retirado cuando respirando Chest and neck pulled in with breathing**
 - ✓ **La postura encorvada Stooped body posture**
 - ✓ **Luchando en tomar la respiración Struggling or gasping for breath**

Parent/Guardian Signature

Firma De La Enfermera De La Escuela: _____ **Fecha de Reviso:** _____

School Nurse Signature

Review Date

SE COMPARTIRA ESTA INFORMACION CON EL PERSONAL APROPIADO DE LA ESCUELA AL MENOS QUE SE INDICADO.
THIS INFORMATION WILL BE SHARED WITH APPROPRIATE SCHOOL STAFF UNLESS OTHERWISE STATED.