

MANEJO DEL ASMA Y PROTOCOLO PARA ADMINISTRACIÓN DE MEDICAMENTOS (Para ser Completado por los Padres o Guardián por el Doctor del Niño)

Nombre del Niño: _____ Fecha de Nacimiento: _____

Nombre del Proveedor: _____ Número de Teléfono: _____

¿Ha diagnosticado con Asma un Medico a su niño?		<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
¿Qué promedio le da a la condición de asma del niño? (Ponga una marca A "✓" en la cajita que aplica mejor.)			
<input type="checkbox"/> No de Gravedad	<input type="checkbox"/> Algo Grave	<input type="checkbox"/> Muy Grave	<input type="checkbox"/> Amenaza su Vida
Cuantos ataques de Asma ha tenido su niño en el pasado: Mes?		<input type="checkbox"/> Seis meses?	<input type="checkbox"/> Un año?
<input type="checkbox"/> Toda la vida			
¿Ha sido hospitalizado su niño por el Asma?		<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
		Si, "SI," cuando?	
Identificar todas las cosas que provocan un ataque de Asma en su niño:		<input type="checkbox"/> Animales	<input type="checkbox"/> Acaro de polvo
Cambios en Temperatura		<input type="checkbox"/> Humo	<input type="checkbox"/> Moho
		<input type="checkbox"/> Polen	<input type="checkbox"/> Olores Fuertes
Infección-Vías Respiratorias		<input type="checkbox"/> Químicas	<input type="checkbox"/> Alimento
		Otro: (Favor de Explicar Abajo)	

¿Toma su niño algún medicamento para el Asma?		<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	¿Es necesario el medicamento en la escuela?		<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
Si se necesita administrar el medicamento en la escuela, favor de identificar cuando se necesita administrar el medicamento: (Marcar "✓" todos los que aplican.)							
<input type="checkbox"/> Salón de Clase	<input type="checkbox"/> Autobús	<input type="checkbox"/> Actividades al Aire Libre	<input type="checkbox"/> Viajes de Campo	<input type="checkbox"/> Otras indicaciones (Favor-Explicar)			

ACCIÓN DE EMERGENCIA NO MEDICAMENTO: si no hay Contacto para Emergencia disponible llamar 911

ACCION DE EMERGENCIA es necesaria cuando el niño tenga síntomas tal como:

MEDICAMENTOS deben de ser administrados por un Miembro de Head Start cuando:

Administrar MEDICAMENTOS según las siguientes indicaciones:

Nombre del Medicamento	Método de Administración	Dosis	Frecuencia de Uso – Cuando Usarlo

Revisar si aminoran los síntomas y/o mejora la respiración.

Revisar para la posibilidad de efectos secundarios como: _____

Permitir que el niño permanezca en el Head Start si: _____

Buscar CUIDADO MEDICO DE EMERGENCIA si no hay Contacto para Emergencia disponible y el niño tiene alguno de lo siguiente: (Marcar "✓" todos los que aplican)

No hay mejoría minutos después del primer tratamiento con medicamento.

Problemas para respirar con:

Pecho y cuello hacia adentro al respirar.

El niño se dobla al respirar.

El niño batalla para respirar.

Problemas para caminar o hablar.

Deja de jugar y no puede comenzar la actividad otra vez.

Labios y uñas están gris o azul.

Instrucciones Especiales _____

Pido y autorizo que al estudiante nombrado arriba se le administre el medicamento identificado arriba de acuerdo a las instrucciones indicadas arriba para el periodo que comienza el ___ día de ____, 20 ____, hasta el ___ día de ____, 20 ____, a causa de que existe una razón valida de salud por lo cual se aconseja que el medicamento sea administrado durante el horario escolar o durante el tiempo que el estudiante este bajo la supervisión de oficiales de escuela. Tal medicamento puede ser administrado por personal escolar que no ha sido entrenado para la administración de medicina.

Firma del Doctor: _____ Fecha: _____

Mi firma de abajo significa que doy mi consentimiento para que el personal de UMCHS administre medicamento a mi niño de acuerdo a las órdenes del doctor comenzando con el periodo de ___ día de ____, 20 ____, hasta el ___ día de ____, 20 ____. No debe exceder más de un año escolar.

Firma de Padre/Madre: _____ Fecha: _____