

Las Escuelas Públicas del Condado de Loudoun

Plan de Acción de Asma / Orden de Médico

Pon
Foto del
Estudiante
Aqui

Información del Estudiante

Apellido: _____ Nombre: _____ Fecha de Nacimiento: _____
 ID # del Estudiante: _____ Escuela: _____ Grado: _____
 Padre/Guardian: _____ Celular: _____ Año Escolar: _____

Asthma History

To be completed by a Licensed Healthcare Provider (Physician, Physician's Assistant, or Nurse Practitioner)

Triggers: (Check all that apply)	Symptoms:	Asthma Severity:
⇒ Illness/Colds	⇒ Exercise	⇒ Intermittent
⇒ Acid Reflux	⇒ Smoke	⇒ Mild Persistent
⇒ Strong Perfumes	⇒ Pollen	⇒ Moderate Persistent
⇒ Season/Weather	⇒ Dust	⇒ Severe Persistent
⇒ Mold/Moisture	⇒ Dog	⇒ Exercise Induced
⇒ Stress/Emotions	⇒ Cat	
⇒ Other: _____	⇒ Food	
	⇒ Cough	
	⇒ Difficulty Breathing	
	⇒ Tightness in Chest	
	⇒ Wheezing	
	⇒ Tired/Weak	
	⇒ Other: _____	

Severe Allergies: ⇒ Yes (list): _____ Allergy Action Plan: ⇒ Yes ⇒ No

Medication/Doses

RESCUE:	Student may carry inhaler: ⇒ Yes ⇒ No
When to Give	Medication
⇒ Cough, Wheezing, Chest, Tightness, Difficulty Breathing ⇒ Daily at: _____ (Time)	⇒ Albuterol Sulfate (ProAir, Proventil, Ventolin) ⇒ Xopenex ⇒ Other: _____
	Amount ⇒ _____ Puff(s) every _____ hours as needed ⇒ Nebulizer treatment, _____ every _____ hours as needed Other: _____

Directions for Repeating Doses::

- If symptoms are not relieved after initial dose:
- If symptoms reoccur before next dose is due:

Seek Emergency Medical Care (911) if:

1. No improvement 15-20 minutes after initial treatment.
2. Difficulty breathing with chest and neck pulled in
3. Blue color around mouth, or gums, or nail beds
4. Breathing is hard and fast with difficulty walking, talking or eating.
5. Decreased level of consciousness

- **PRE-EXERCISE** The effects of a pre-exercise dose should last about 4-6 hours.
- **Check One Box:** ⇒ Repeat or ⇒ Do Not Repeat dose if exercise reoccurs within 4 hours.

15-30 minutes Before Exercise	⇒ Albuterol Sulfate (ProAir, Proventil, Ventolin) ⇒ Xopenex: _____ ⇒ Other: _____	_____ Puff(s)
-------------------------------	---	---------------

Healthcare Provider's Name (Print/stamp): _____
 Healthcare Provider's Signature: _____ Date: _____
 National Provider Identifier (NPI): _____ Phone: _____

Nombre del Padre/Guardian: _____ Teléfono: _____
 Mi firma da permiso para el diseño del director a seguir este plan, administrar medicamento de receta, y comunicarse con el médico si necesario. Yo también acuerdo de recoger algún medicamento no usado al fin del año escolar. Yo entiendo que medicamento no recogido por un padre/guardian al fin del año escolar será tirado.
 Firma del Padre/Guardian: _____ Fecha: _____

To be completed by Health Office Staff

Medication received: _____
 Medication received by: _____ / _____
Health Office Staff Signature/Date Firma del Padre/Fecha

Información para los Padres Sobre los Procedimientos de los Medicamentos

1. Medicamentos deben estar tomados en la casa cuandoquiera posible así que el estudiante no pierda tiempo valioso en la clase.
2. La primera dosis de algún NUEVO medicamento debe estar administrado en la casa.
3. Si es absolutamente necesario para el estudiante tomar medicamentos en la escuela, un formulario de la "Autorización por Administrar Medicamentos" debe ser recibido por cada medicamento y debe ser presentado al empleo de la Oficina de la Salud con el medicamento ser administrado en la escuela. Usa el formulario aplicable para medicamentos de asma, alergias, convulsiones y diabetes. Medicamentos no estarán aceptados sin el formulario aplicable.
4. Padres deben proveer instrucciones escritas del médico para medicamentos de receta ser administrados por un empleado de LCPS. El formulario de la "Autorización por Administrar Medicamentos" es preferido, pero el médico puede usar material de la oficina o una receta con la información siguiente:
 - Nombre del estudiante y fecha de nacimiento
 - Duración de la receta/fechas efectivas
 - Nombre y propósito del medicamento
 - Posibles efectos secundarios/acciones a tomar si estos ocurren
 - Dosis, hora y ruta de administración
 - Firma del Médico/Fecha/NPI #
5. Medicamentos deben ser traídos a la Oficina de la Salud por un padre/guardian (LCPS póliza 8420) del Código de Virginia 22.1-274. Estudiantes con diabetes, asma, o alergias amenazadas de vida pueden llevar los medicamentos siguientes (insulina, glucagón, inhaladores, autoinyectores de epinefrina) durante el día escolar con el consentimiento escrito del médico, la enfermera de la escuela y el padre/guardian como indicado en la "Receta del Médico/Plan de Acción." De lo contrario, estudiantes no están permitidos a transportar medicamentos a la escuela y de la escuela o llevar algunos medicamentos mientras en la escuela.
6. Envases de Medicamentos:
 - a. Medicamentos de receta- deben estar en la botella original de la farmacia con la etiqueta adecuada que contiene:
 - Nombre del estudiante
 - Dosis/cantidad ser administrado
 - Nombre del medicamento
 - Nombre del médico
 - Hora ser dado
 - Fecha
 - ❖ Medicamentos (OTC) - debe estar en el embalaje original y incluir instrucciones de dosis.
7. Información de receta en la etiqueta de la botella debe corresponder con la información del médico en el formulario de "Autorización por Administrar Medicamentos." **Pide a la farmacia a proveer una botella con etiqueta adecuada para la escuela.**
8. Empleos no cortarán/quebrarán pastillas. Padres/Guardianes deben cortar/quebrar pastillas o pedir a la farmacia a cortar pastillas en la dosis correcta.
9. Medicamentos deben ser dados en su forma original a menos que direcciones escritas del médico dice a lo contrario. Por ejemplo- abrir cápsula o aplastar pastilla y mezclar con compota de manzana/yogurt, etc.
10. Medicamentos serán dados no más que 30 minutos antes o después de la hora prescrita.
11. Medicamentos OTC únicamente serán administrados acuerdo de las direcciones en la botella o caja. Si una dosis más alta es requerido, el formulario de "Autorización para Administrar Medicamentos" debe ser completado y firmado por el médico.
12. Medicamentos deben estar almacenados y administrados en la oficina de la salud a menos que los criterios para autollevar están presentados.
13. Un nuevo formulario de "Autorización para Administrar Medicamentos" es requerido a la empieza del año escolar y cada vez que hay un cambio en la dosis o hora en cual un medicamento será tomado.
14. Padres/Guardianes no deben traer más que un suministro de 60-días del medicamento de receta a una vez.
15. Algunos **medicamentos alternativos herbarios o naturales** (botánico, aceite, suplementos dietéticos o nutritivos, medicina homeopática, Medicamentos fitosanitarios, vitaminas, y minerales) requieren un formulario de "Autorización para Administrar Medicamentos" firmado por el médico y padre/guardian. LCPS no administra drogas que contienen marihuana o aceite de CBD.
16. **Medicamentos no usados DEBEN ser recogidos por un padre/guardian en el día final de la escuela o será destruido.**