

Loudoun County Public Schools Asthma Action Plan / Physician's Order

Place
Student's
Picture
Here

Información del Estudiante

Apellido: _____

Nombre: _____

Fecha de
Nacimiento: _____

ID # del Estudiante: _____

Escuela: _____

Grado: _____

Padre/Guardian: _____

Celular: _____

Ano 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:
<input type="checkbox"/> Illness/Colds <input type="checkbox"/> Exercise <input type="checkbox"/> Acid Reflux <input type="checkbox"/> Smoke <input type="checkbox"/> Strong Perfumes <input type="checkbox"/> Pollen <input type="checkbox"/> Season/Weather <input type="checkbox"/> Dust <input type="checkbox"/> Mold/Moisture <input type="checkbox"/> Dog <input type="checkbox"/> Stress/Emotions <input type="checkbox"/> Cat <input type="checkbox"/> Other: _____ <input type="checkbox"/> Food	<input type="checkbox"/> Cough <input type="checkbox"/> Difficulty Breathing <input type="checkbox"/> Tightness in Chest <input type="checkbox"/> Wheezing <input type="checkbox"/> Tired/Weak <input type="checkbox"/> Other: _____	<input type="checkbox"/> Intermittent <input type="checkbox"/> Mild Persistent <input type="checkbox"/> Moderate Persistent <input type="checkbox"/> Severe Persistent <input type="checkbox"/> Exercise Induced

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

Medication/Doses

RESCUE:		Student may carry inhaler: <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No
When to Give	Medication	Amount
<input type="checkbox"/> Cough, Wheezing, Chest, Tightness, Difficulty Breathing <input type="checkbox"/> Daily at: _____(Time)	<input type="checkbox"/> Albuterol Sulfate (ProAir, Proventil Ventolin) <input type="checkbox"/> Xopenex <input type="checkbox"/> Other: _____	<input type="checkbox"/> _____Puff(s) every _____ hours as needed <input type="checkbox"/> Nebulizer treatment, _____ every _____ hours as needed <input type="checkbox"/> 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.

<input type="checkbox"/> 15-30 minutes Before Exercise	<input type="checkbox"/> Albuterol Sulfate (ProAir, Proventil Ventolin) <input type="checkbox"/> Xopenex <input type="checkbox"/> 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 diseñado 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/guardián al fin del año escolar será tirado.

Firma del Padre/Guardian: _____

Fecha: _____

To be completed by Health Office Staff

Medication Received: _____

Expiration Date: _____

Medication received by: _____ / _____

Health Office Staff Signature/Date

Parent Signature/Date

Escuelas Públicas del Condado de Loudoun Acuerdo de Padre/Estudiante para Permiso para Llevar un Inhalador

(El médico también debe firmar que el estudiante debe llevar un inhalador en la escuela en el Plan de acción para el asma.)

Padre:

- Doy mi consentimiento para que mi hijo lleve y se autoadministre su inhalador.
- Entiendo que la junta escolar o sus empleados no pueden ser considerados responsables por resultados resultantes de la autoadministración de la medicación inhalada para el asma.
- Este permiso para poseer y autoadministrarse medicamentos para el asma puede ser revocado por el director si se determina que su hijo no se está autoadministrando de manera segura y efectiva.
- Un nuevo Plan de Acción para el Asma firmado por el médico y el Acuerdo de Permiso de Padres/Estudiante para llevar un inhalador debe presentarse cada año escolar.

Firma del Padre/Guardian

Fecha

Student/Estudiante:

- I have demonstrated the correct use of the inhaler to the school nurse/health clinic specialist.
- I agree never to share my inhaler with another person or use it in an unsafe manner.
- I agree that if there is no improvement after self-administering the medication, I will report to the school nurse/health clinic specialist or another appropriate adult if the nurse/health clinic specialist is not available or present.

- He demostrado el uso correcto del inhalador a la enfermera escolar/especialista de la clínica de salud.
- Me comprometo a nunca compartir mi inhalador con otra persona ni usarlo de manera insegura.
- Acepto que, si no hay mejoría después de autoadministrarme el medicamento, informaré a la enfermera escolar/especialista de la clínica de salud u otro adulto apropiado si la enfermera/especialista de la clínica de salud no está disponible o no está presente.

Student's Signature /Firma del estudiante

Fecha

*Autorización de las Escuelas Públicas del Condado de Loudoun
para la Administración de Medicamentos
Información para los Padres sobre los Procedimientos de Medicamentos*

1. **Los medicamentos deben tomarse en casa** siempre que fuere posible para que el estudiante no pierda tiempo valioso en el salón de clases.
2. **La primera dosis de cualquier medicamento NUEVO debe administrarse en casa.**
3. Si es absolutamente necesario que el estudiante tome medicamentos en la escuela, se debe recibir **un formulario de "Autorización para la Administración de Medicamentos"** para cada medicamento y debe entregarse al personal de la Oficina de Salud con el medicamento que se administrará en la escuela. Use el formulario apropiado para los medicamentos para el asma, las alergias, las convulsiones y la diabetes. No se aceptarán medicamentos sin el formulario correspondiente.
4. **Los padres deben proporcionar instrucciones por escrito del proveedor de atención médica para que el personal de LCPS administre los medicamentos recetados.** Se prefiere el formulario de "Autorización para la administración de medicamentos", pero el proveedor de atención médica puede usar material de oficina o un talonario de recetas con la siguiente información:
 - Nombre del estudiante y fecha de nacimiento
 - Duración de la orden de medicación/fechas de vigencia
 - Nombre y propósito del medicamento
 - Posibles efectos secundarios/medidas a tomar si ocurren
 - Dosis, hora y vía de administración
 - Firma/fecha/número de NPI del proveedor de atención médica
5. **Los medicamentos deben ser llevados a la Oficina de Salud por un padre/tutor** (política LCPS 8420) según el Código de Virginia 22.1-274. Los estudiantes con diabetes, asma o alergias que amenazan la vida pueden llevar consigo los siguientes medicamentos (insulina, glucagón, inhaladores, autoinyectores de epinefrina) durante el día escolar con el consentimiento por escrito del médico, la enfermera escolar y el padre/tutor, como se indica en el formulario. "Orden del médico/plan de acción". De lo contrario, a los estudiantes no se les permite transportar medicamentos hacia y desde la escuela ni llevar ningún medicamento mientras están en la escuela.
6. **Envases de medicamentos:**
 - ❖ Medicamentos recetados: deben estar en el frasco original de la farmacia con la etiqueta adecuada que contenga:
 - Nombre del alumno
 - Dosis/cantidad a administrar
 - Nombre del medicamento
 - Nombre del proveedor de atención médica
 - Hora a dar
 - Fecha
 - ❖ Medicamentos de venta libre (OTC-del mostrador) - deben estar en el empaque original e incluir instrucciones de dosificación.
7. La información de la receta en la etiqueta del frasco debe coincidir con la información del proveedor de atención médica en el formulario de "Autorización para la administración de medicamentos". **Pídale a la farmacia que le proporcione una botella debidamente etiquetada para la escuela.**
8. El personal no cortará ni romperá las pastillas. Los padres/tutores deben cortar/romper las pastillas o solicitar a la farmacia que corte las pastillas en la dosis correcta.
9. El medicamento debe administrarse en su forma original, a menos que las instrucciones escritas del proveedor de atención médica indiquen lo contrario. Por ejemplo, abra la cápsula o triture la píldora y mézclela con compota de manzana/yogur, etc.
10. Los medicamentos se administrarán no más de 30 minutos antes o después de la hora prescrita.
11. Los medicamentos sin receta solo se administrarán de acuerdo con las instrucciones del frasco o la caja. Si se requiere una dosis mayor, el proveedor de atención médica debe completar y firmar el formulario de "Autorización para la administración de medicamentos".
12. Los medicamentos deben almacenarse y administrarse en la oficina de salud a menos que se cumplan los criterios para autotransporte.
13. Se requiere un nuevo formulario de "Autorización para la Administración de Medicamentos" al comienzo del año escolar y cada vez que haya un cambio en la dosis o el horario en que se debe tomar un medicamento.
14. Los padres/tutores no deben traer un suministro de medicamentos recetados para más de 60 días a la vez.
15. **Cualquier medicamento alternativo** a base de hierbas o natural (productos botánicos, aceites, suplementos dietéticos o nutricionales, medicamentos homeopáticos, fitomedicamentos, vitaminas y minerales) requiere un formulario de "Autorización para la administración de medicamentos" firmado por el proveedor de atención médica y el padre/tutor. Esta autorización no permite la posesión o el uso de marihuana o aceite de CBD o THC-A no regulado.
16. **El padre/tutor DEBE recoger el medicamento no utilizado el último día de clases o será destruido.**