

Distrito Escolar Independiente de Plano ISD

Servicios de Salud del Distrito

Plan de Acción Escolar para el Asma

Año Escolar: _____

Name(nombre): _____ DOB(F. de Nac.): _____ ID#: _____

Grade(grado): _____ Teacher / Section(maestro): _____ Bus(autobus) #: _____ *Place Student Picture Here*

Daily Asthma Treatment and Emergency Plan

Medical Equipment:

Please list any medical equipment this student will need to treat his/her asthma at school (i.e. spacer, nebulizer supplies, oxygen, etc.) *Parent will provide all equipment and supplies needed:* _____

Green Zone – Peak Flow (PF) Range _____ to _____ *No symptoms (PF 80-100% of personal best):*

_____ No control medicines required **OR**

_____ Oral control medication: _____ taken _____ times a day.

_____ Puffs of: _____ MDI/HFA taken _____ times a day.

_____ Nebulizer treatment with: _____ times a day.

For asthma symptoms with exercise: _____ puff(s) _____ 15 minutes before exercise.

Yellow Zone – Peak Flow Range _____ to _____ Tight chest, cough, mild wheeze, signs of upper respiratory illness, unable to exercise (PF between 50-80% of personal best).

_____ Puff(s) _____ MDI/HFA _____ times a day.

_____ Nebulizer treatment(s) with: _____ every _____ hours as needed.

Red Zone – Peak Flow below _____ (PF less than 50% of personal best)

EMERGENCY ACTION IS NECESSARY WHEN THE STUDENT HAS SYMPTOMS SUCH AS:

Can't talk, eat or walk well **Medication is not helping** **Chest / neck retractions**

Breathing hard & fast **Blue lips and/or fingernails** **PO₂ less than _____ %**

_____ Puffs _____ MDI/HFA every _____ minutes for **THREE (3)** treatments **OR**

_____ Nebulizer treatment every _____ minutes for **THREE** treatments.

_____ Contact Parent _____ Call EMS / 911

Physician's Consent for Self Administration of Asthma Medication

I have instructed the student in the proper way to use the asthma medication. It is my professional opinion that this student _____ **SHOULD** _____ **SHOULD NOT** (check one) be allowed to carry and self-administer his/her asthma medications while on school property or at school related events. **PHYSICIAN'S INITIALS** _____

Physician Signature: _____ Date: _____

Physician Name: _____ Phone: _____

Consentimiento del Padre / Tutor - Asma

Name(nombre): _____ DOB(F.deNac.): _____ ID#: _____ SY(año): _____

Contactos de eUrgencia:

Name (Nombre)	Telephone # (# deTeléfono)	Relationship (Parentesco)

Historial:

Control de Asma: _____ Bien controlada _____ Necesita mejor control

El alumno ¿alguna vez ha sufrido un episodio de asma tan severo que fue necesario tratarlo en la sala de urgencia o admitirlo al hospital? ¿Qué tratamiento fue necesario en esa ocasión? _____

Asthma Severity:

_____ Intermitente	_____ Persistene:
	_____ Leve
	_____ Moderado
	_____ Severo

Asthma Triggers:

_____ Resfriados	_____ Polen	_____ Polvo
_____ Animales _____	_____ Humo	_____ Estrés
_____ Plagas (roedores, cucarachas)	_____ Ejercicio	_____ Flugo gastroesofágico
_____ Olores fuertes	_____ Seasonal _____	_____ Estación _____

Consentimiento del padre/tutor para la autoaplicación de medicamentos de Asma

Yo _____ **SÍ** _____ **NO** (marque uno) doy consentimiento para que mi hijo porte y autoaplique sus medicamentos para asma. Si mi hijo lleva consigo su propio medicamento de asma, entiendo que la clínica escolar no tendrá su(s) medicamento(s) de asma personal(es) a menos que yo provea uno adicional a la escuela en la eventualidad de que mi hijo se olvida del suyo. Entiendo que la enfermera escolar también evaluará el conocimiento y capacidad de mi hijo de identificar los síntomas y auto administrar su(s) medicamento(s) para asma. Sin embargo, reconozco que la escuela pone fe en mi declaración de que mi hijo ha recibido el entrenamiento adecuado para identificar los síntomas y autoaplicar su(s) medicamento(s) para asma. **INICIALES DEL PADRE** _____

Consentimiento del padre/tutor para que personal auxiliar no acreditado aplique medicamentos de Asma

Yo ____ **SÍ** ____ **NO** (marque uno) autorizo al Distrito designar personal auxiliar no acreditado (UAP) que ha sido capacitado por un profesional médico, incluyendo, entre otros, personal médico de urgencia, un doctor médico y/o enfermera acreditada, para que administre a mi hijo el(los) medicamento(s) para asma mientras esté presente en el ISD de Plano o en un evento relacionado con el ISD de Plano (como paseos escolares y eventos deportivos), cuando es posible que no haya disponible un profesional médico entrenado. Entiendo que no es posible proveer a mi alumno ningún servicio médico relacionado con la escuela sin mi consentimiento requerido, como se explica aquí. **INICIALES DEL PADRE**_____

Consentimiento del padre/tutor a la revelación de datos y fotografía

Yo ____ **SÍ** ____ **NO** (marque uno)) al ISD de Plano exhibir una fotografía de mi hijo e indicar que es una persona con asma. Entiendo que el personal escolar que tienen trato con mi hijo recibirá información acerca de mi hijo que le ayudará en una situación de urgencia. Esto puede incluir, pero no se limita a: personal de la oficina de salud y sus suplentes, maestros y auxiliares de salón, maestros de asignaturas especiales, maestros suplentes, personal de oficina, personal de comedor y conductores de autobús. Entiendo que el motivo de eso es de permitir al personal escolar a mayor prevenir y responder a posibles emergencias. Esta autorización está vigente desde la fecha de su firma hasta terminar el año escolar.

INICIALES DEL PADRE_____

Autorización del padre/tutor para que el personal escolar comuniquen datos médicos

Autorizo a los representantes del Distrito, incluyendo los profesionales médicos y UAPs del Distrito, a compartir con el profesional médico o proveedor de salud identificado anteriormente, u obtener de dicha persona, los datos médicos de mi alumno a fin de planificar, implementar o aclarar las acciones necesarias en la administración de servicios escolares relacionados con la salud, que incluyen entre otros: cuidados de emergencia, cuidado para cualquier diagnóstico documentado, tratamientos médicos según se detallan en el IHP del alumno, su plan 504, IEP u otro formulario de PISD que solicite servicios médicos escolares. Con mi firma en esta Autorización, reconozco plenamente que la información utilizada o divulgada en conformidad con esta Autorización podría estar sujeta a divulgación secundaria por las personas aquí autorizadas y la(s) persona(s) con quien(es) se comunican, y dejar de ser protegidos por las reglas de HIPAA. Entiendo que dicha divulgación secundaria podría ser inapropiada, causarme vergüenza, causar disputas familiares, ser mal interpretado por profesionales no médicos, y de otra forma causarme a mí y mi familia diferentes formas de daño. Por la presente exonero a cualquier Proveedor Médico que actúa confiado en esta Autorización, contra cualquier responsabilidad que pudiese resultar de la divulgación de Datos médicos que permiten la identificación de mi hijo. No se proveerá al alumno los servicios escolares relacionados a la salud descritos en este documento sin el consentimiento del padre/tutor, según se explica aquí.

INICIALES DEL PADRE_____

Al grado que permite la ley, a nombre mío y del alumno, libero y acepto defender, mantener indemne y sacar en paz y a salvo al Distrito contra cualquier reclamación, daño, demanda, o acción que de manera directa o indirecta resultara de, estuviera relacionado con, o surgiera de, la administración al Alumno del medicamento para Asma, la autoadministración del Alumno del medicamento para Asma, y/o la divulgación de Datos médicos que permiten la identificación del alumno. Esta exoneración debe ser interpretada de la forma más amplia posible. Incluye la exoneración de reclamos hechos contra el Distrito por razón de desatención o responsabilidad objetiva, única o mancomunada, exclusiva o coadyuvante, incluyendo responsabilidad que resulta de la supuesta infracción de alguna ley (aparte de las responsabilidades que protegen contra la discriminación por motivo de raza, edad, sexo u otra categoría que históricamente ha sufrido discriminación), que nace de, es relacionada con, o surge de, directa o indirectamente, la aplicación al alumno, por el Personal Escolar, de medicamento para Asma, o la divulgación de Datos médicos personales que permiten la identificación del alumno e incluye, entre otras, acusaciones de que el Personal Escolar no haya evaluado correctamente y suficientemente el conocimiento y la capacidad de mi hijo de identificar las síntomas y autoaplicar el medicamento para Asma, por negligencia no haya reconocido síntomas que requieren el uso del medicamento para asma, haya malinterpretado síntomas que

2015, 2019A

creía obligar el uso del medicamento para asma, haya malinterpretado síntomas que creía obligar el uso del medicamento para Asma, por negligencia haya aplicado o no aplicado el medicamento para Asma y/o haya "sobre divulgado" los datos de salud de mi hijo. INICIALES DEL PADRE_____

Las Directrices Administrativas para la Salud Escolar desarrolladas por el Distrito Escolar Independiente de Plano están sujetas a la Ley de Americanos con Discapacidades ("ADA"), 42 U.S.C. Fracc. 12101, et seq.; Fracción 504 de la Ley de Rehabilitación de 1973 ("Sección 504"), 29 U.S.C. Fracc. 701, et seq.; y la Ley de Educación para Personas con Discapacidades ("IDEA"), 20 U.S.C. Fracc. 1400 et seq.

Firma del padre / tutor: _____ Fecha: _____

Nombre del padre / tutor: _____ Teléfono: _____