

TULSA PUBLIC SCHOOLS
Departamento de Servicios de Salud

DATOS BASE SOBRE GRAVAMEN DE SALUD: ASMA

Nombre y Apellido _____	Grado _____	Escuela _____	Diagnosis Medico _____
Edad _____	Maestro _____	Cuarto _____	
Nombre y Apellido de Padre/Guardián Legal o Persona Responsable para el Cuidado del Alumno _____			
Teléfono de Casa _____		Teléfono de Trabajo _____	
Dirección _____			
Nombre y Apellido de Padre/Guardián Legal o Persona Responsable para el Cuidado del Alumno _____			
Teléfono de Casa _____		Teléfono de Trabajo _____	
Dirección _____			
Teléfono de Emergencia #1 Nombre y Apellido _____			
Relación al Alumno _____		Teléfono _____	
Médico para este Diagnósis _____		Teléfono _____	
Otro(s) Médico(s) _____		Teléfono _____	

1. **PLAN DIARIO DE MANEJO**

A. Identifique las cosas que inician un ataque o episodio de alergia. Marque todo lo que aplique al alumno.

- | | |
|---------------------------------|--------------------------------|
| _____ Ejercicio | _____ Olores Fuentes o Vapores |
| _____ Infección Respiratoria | _____ Polvo de Tiza |
| _____ Cambios de Temperatura | _____ Alfombras en el Cuarto |
| _____ Animales | _____ Polen |
| _____ Comida | _____ Moho |
| _____ Otra: (especifique) _____ | |

Comentarios: _____

B. Control del Ambiente Escolar

Nombre cualquier medios de control, medicinas de prevención y / o restricciones de Dieta que el alumno necesita para prevenir un ataque o episodio de alergia.

C. Describa el ataque (grado de severidad, es decir toma medicinas, va al medicinas, va al médico, va al cuarto de emergencias, va al hospital).

D. ¿Con qué frecuencia tiene el niño un ataque? _____ veces a la semana _____ veces al mes
_____ veces al año
¿Hora del día? _____ am _____ pm

E. Monitor por Flujo de Pico (si es aplicable)

Mejor Número Personal de Flujo de Pico _____

Tiempo en Monitor _____

(VEA UD. EL OTRO LADO DE LA HOJA)

II. **PLAN DE EMERGENCIA**

- A. Acción de emergencia es necesaria cuando el alumno tiene sintomas tal como _____, _____, _____
o cuando tiene un flujo de pico de _____.
- B. Pasos que se deben tomar durante un ataque o episodio de alergia:
1. Dé las medicinas nombradas en la lista de abajo.
 2. Devuelva al alumno a la sala de clase si _____
 3. Hable con el padre / guardian legal o persona responsable para el cuidado del alumno si _____
 4. **BUSQUE USTED ATENCIÓN MEDICA DE CUIDADO DE EMERGENCIA SI EL ALUMNO MUESTRA CUALQUIER DE LOS SINTOMAS QUE SIGUEN:**
 - _____ No se mejora dentro de 15-20 minutos después de tratamiento inicial con medicina y si no puede comunicarse con la persona de contacto en caso de emergencia
 - _____ Tiene Flujo de Pico de _____
 - _____ Dificultad en Respirar con:
 - _____ Pecho y Cuello metido cuando está Respirando
 - _____ Niño está agachado
 - _____ Niño tiene dificultad en Respirar
 - _____ Muestra dificultad en caminar o hablar
 - _____ Deja de jugar y no puede empezar actividad de nuevo
 - _____ Los labios o las uñas se ponen azules
 - _____ Otro

C. **MEDICINAS DE EMERGENCIA:**

	Nombre	Cantidad	Cuando Administrar
1.	_____	_____	_____
2.	_____	_____	_____
3.	_____	_____	_____

Comentarios / Instrucciones Especiales:

Firma de Padre / Guardián Legal o Persona Responsable para el Cuidado del Alumno Fecha

Firma del Médico (si requerida) Fecha

Firma de la Enfermera Fecha

Firma del Maestro Fecha

Firma del Director Fecha

***ESTE PLAN TIENE QUE ESTAR REPASADO Y PUESTO AL CORRIENTE CADA AÑO ESCOLAR.**