**Plan de acción por síntomas de asma (ASAP)**

**Nombre:** **Fecha de nacimiento:**

**Gravedad del asma:**  □ Intermitente □ Levemente persistente □Moderadamente persistente □Fuerte persistente

□ El estudiante ha tenido muchos ataques de asma o muy fuertes a lo largo del año pasado (con mayor riesgo)

**Desencadenantes del asma:** □Enfermedad □Ejercicio □Polvo □Polen □Moho □Mascotas □Olores fuertes □Emociones □Aire frío

**Se administran medicamentos controladores en casa todos los días**: □SÍ □NO □Otro: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Síntomas inducidos por el ejercicio:** 󠄀 □ Tratar previamente con 2 vaporizaciones del medicamento de rescate (ver a continuación) 15 minutos antes del ejercicio

1. **Tratamiento inicial por síntomas de asma\*: prescripción**

**Medicamento de rescate**: □ Albuterol □ Levalbuterol □ Bromuro de ipratropio (Atrovent) □ Otro: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ **2 vaporizaciones inhaladas cada 4 horas con el espaciador (si disponible) cuando lo necesite por TOS, SIBILANCIA, DIFICULTAD PARA RESPIRAR**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Buena respuesta** | | **Mala respuesta** | |
| Sin tos, sibilancia o  dificultad para respirar | | Sigue teniendo tos, sibilancia o  dificultad para respirar | |
| **Puede continuar con el medicamento de rescate**  **cada 4 horas cuando lo necesite** | | **Dar 4 vaporizaciones del medicamento de rescate**  **inmediatamente**  Contactar a la enfermera de la escuela, si no está presente | |
| * Regresar a clase * **Notificar al padre/tutor legal** | | 1. **VOLVER A EVALUAR en 10 minutos** | |
|  | | **Buena respuesta** | **Mala respuesta** |
| **\*Llamar al 911 inmediatamente si el estudiante tiene estos síntomas y entonces continuar con el plan** |  | ● Volver a clase  ● Notificar al padre/ tutor legal, quien **deberá hacer un seguimiento en 1-3 días con el médico** | ● Contactar al padre/tutor legal, para ir a recoger al niño y **llevarlo al médico ese mismo día**  ● Si tiene serias dificultades para respirar y no responde a los tratamientos, o si el padre/tutor legal no esta disponible, **llamar al 911.** |
| * Los labios o uñas de los dedos están azules * Dificultad para caminar o para hablar por tener dificultad para respirar * La piel del niño está como succionada alrededor del cuello o de las costillas |

1. **Evaluar la respuesta al tratamiento en 10 minutos**

**\*\* Por favor, alerte al proveedor médico del asma si el niño tiene síntomas de asma o si necesita albuterol de manera consistente (aparte de antes del ejercicio) más de dos veces a la semana o si tiene un fuerte ataque en la escuela.**

|  |  |
| --- | --- |
| □ SÍ □ NO El padre y el niño sienten que el niño debe llevar y autoadministrarse el inhalador  □ SÍ □ NO El proveedor médico del asma está de acuerdo con el niño lleve y se autoadministre el inhalador  □ SÍ □ NO La enfermera de la escuela ha evaluado la capacidad del estudiante para autoadministrarse y llevar con él el inhalador de manera responsable | |
| Nombre escrito e información de contacto del MD/DO/NP/PA:  Fax: Teléfono: Email seguro: | Firma del MD/DO/NP/PA:  Fecha: |
| Padre/tutor legal: doy mi autorización escrita para que los medicamentos citados en el Plan de Tratamiento de Emergencia los administre la enfermera en la escuela u otro miembro del personal escolar capacitado y aprobado por el director de la escuela. Entiendo que el personal designado de la escuela tiene mi permiso para comunicarse con el médico /proveedor médico sobre el asma de mi hijo, estos medicamentos y el plan de acción. | |
| Firma del padre/tutor legal:  Fecha: | Revisado por la enfermera de la escuela:  Fecha: |

***Registro OPCIONAL* sobre el uso del medicamento de rescate**

**No lo tiene que completar si registra las dosis del medicamento en otro lugar**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Fecha/Hora** | **Motivo** | **Respuesta** |  | **Fecha/Hora** | **Motivo** | **Respuesta** |
|  | □ Antes del ejercicio  □ Síntomas | □ Buena  □ Mala |  |  | □ Antes del ejercicio  □ Síntomas | □ Buena  □ Mala |
|  | □ Antes del ejercicio  □ Síntomas | □ Buena  □ Mala |  |  | □ Antes del ejercicio  □ Síntomas | □ Buena  □ Mala |
|  | □ Antes del ejercicio  □ Síntomas | □ Buena  □ Mala |  |  | □ Antes del ejercicio  □ Síntomas | □ Buena  □ Mala |
|  | □ Antes del ejercicio  □ Síntomas | □ Buena  □ Mala |  |  | □ Antes del ejercicio  □ Síntomas | □ Buena  □ Mala |
|  | □ Antes del ejercicio  □ Síntomas | □ Buena  □ Mala |  |  | □ Antes del ejercicio  □ Síntomas | □ Buena  □ Mala |
|  | □ Antes del ejercicio  □ Síntomas | □ Buena  □ Mala |  |  | □ Antes del ejercicio  □ Síntomas | □ Buena  □ Mala |
|  | □ Antes del ejercicio  □ Síntomas | □ Buena  □ Mala |  |  | □ Antes del ejercicio  □ Síntomas | □ Buena  □ Mala |
|  | □ Antes del ejercicio  □ Síntomas | □ Buena  □ Mala |  |  | □ Antes del ejercicio  □ Síntomas | □ Buena  □ Mala |
|  | □ Antes del ejercicio  □ Síntomas | □ Buena  □ Mala |  |  | □ Antes del ejercicio  □ Síntomas | □ Buena  □ Mala |
|  | □ Antes del ejercicio  □ Síntomas | □ Buena  □ Mala |  |  | □ Antes del ejercicio  □ Síntomas | □ Buena  □ Mala |
|  | □ Antes del ejercicio  □ Síntomas | □ Buena  □ Mala |  |  | □ Antes del ejercicio  □ Síntomas | □ Buena  □ Mala |
|  | □ Antes del ejercicio  □ Síntomas | □ Buena  □ Mala |  |  | □ Antes del ejercicio  □ Síntomas | □ Buena  □ Mala |
|  | □ Antes del ejercicio  □ Síntomas | □ Buena  □ Mala |  |  | □ Antes del ejercicio  □ Síntomas | □ Buena  □ Mala |

**\*\* Por favor, alerte al proveedor del asma si el niño tiene síntomas de asma o necesita el albuterol de manera consistente (aparte de antes del ejercicio) más de dos veces a la semana o si tiene un ataque de asma fuerte en la escuela.**