

ASMA

Nombre del Estudiante: _____ Fecha de Nacimiento: _____

Escuela: _____ Maestro: _____ Grado: _____

DESENCADENADORES: Por favor circule o resalte todo lo que puede afectar a su estudiante.

RESFRIADOS HUMO (TABACO, INCIENSO) POLEN POLVO
ANIMALES OLORES FUERTES MOHO/HUMEDAD MASCOTAS (ROEDORES/CUCARACHAS)
ESTRES/EMOCIONES EJERCICIO CAMBIO DE TEMPORADA: OTONO, INVIERNO, VERANO,
PRIMAVERA

SÍNTOMAS: Rápida, poca respiración, respiración ruidosa (ruido agudo con la respiración), excesiva tos (puede causar vómitos), sensación de opresión en el pecho, quema de fosas nasales, hormigueo y entumecimiento de los dedos de las manos o dedos de los pies, pérdida de color en los labios y uñas.

INTERVENCIONES:

1. Quedarse con el estudiante e intentar calmarlo y mantenerlo en un ambiente fresco
2. Tener al estudiante descansando sentado, respirando lentamente por la boca, exhalando lentamente a través de los labios apretados.
3. Administrar medicamento(s) como se indica a continuación, tal como se prescribe en el formulario de autorización del médico.

Ubicación del Medicamento: _____

4. Notificar al Equipo de Crisis y a la enfermera de la escuela
5. Ofrecer cafeína o sorbos de agua

******* Si no hay ninguna mejora en la condición después de 15-20 minutos de tratamiento inicial y un pariente no puede ser contactado, buscar atención médica de emergencia, BUSCAR ATENCION MEDICA DE EMERGENCIA!!!*******

Firma del Padre: _____ Fecha: _____
(Su firma indica que usted está de Acuerdo con este plan y que podemos seguirlo en caso de emergencia.)