



STUDENT ASTHMA ACTION PLAN

PLAN DE ACCIÓN PARA ESTUDIANTES QUE PADECEN DE ASMA

Place optional photo here

School Year (Año escolar): _____

Student Name (Nombre del estudiante): _____ **DOB** (Fecha de nacimiento): _____

School (Escuela): _____ **Student ID** (Identificación del estudiante): _____

Mother (Madre)	Home # (Teléfono de la casa):	Work # (Teléfono del Trabajo):	Cell # (Celular)
Father (Padre):	Home # (Teléfono de la casa):	Work # (Teléfono del Trabajo):	Cell # (Celular)
Emergency Contact (Persona a quien llamar en caso de emergencia):	Home # (Teléfono de la casa):	Work # (Teléfono del Trabajo):	Cell # (Celular)
Asthma Physician (Médico que le trata el asma):		Phone # (Teléfono)	
Other Physician (Otro médico):		Phone # (Teléfono)	

MEDICATIONS (MEDICAMENTOS):

Meds taken at home (Medicinas que toma en casa)	Dosage (Dosis)	Time (Cuándo la toma)

IDENTIFY THE THINGS THAT MAY START AN ASTHMA EPISODE (check all that apply)

IDENTIFIQUE LAS COSAS QUE PUEDEN CAUSAR UN ATAQUE DE ASMA (Marque todo lo que le afecte):

- Exercise (Ejercicio)
 Respiratory Infections (Infecciones respiratorias)
 Strong odors or fumes (Olores fuertes o humo)
 Dust (Polvo)
 Animals (Animales)
 Pollens (Polen)
 Change in temperatures (Cambios de temperatura)
 Foods (Alimentos) _____
 Other or Comments (Otras cosas o comentarios) _____

TREATMENT OF ASTHMA EPISODE (TRATAMIENTO PARA UN ATAQUE DE ASMA):

Circle symptoms your student has when quick relief medication needed (Marque los síntomas que su niño/a tiene cuando necesita la medicina de alivio rápido)

Repetitive cough (Tos persistente), Shortness of breath (Falta de respiración)
 Chest tightness (Presión en el pecho), Wheezing (Silbido al respirar)
 Chest Retractions (Retracción del pecho)

Quick Relief Medication:

Use: _____ Inhaler _____ puffs or _____ nebulizer medication
(name of inhaler – nombre del inhalador) (# of puffs – # de aplicaciones) o (nebulizador)

CALL PARENT IF (LLAMAR A UNO DE LOS PADRES SI): _____

- CALL 911 IF (LLAMAR AL 911 SI):** *Struggling to breathe (No puede respirar) *Hunching over (Dobla su cuerpo hacia adelante)
- *No relief from quick relief med (No mejora con la medicina de alivio rápido)
 - *Lips or fingernails are blue or gray (Sus labios o uñas se notan azules o grises)
 - *Persistent chest & neck pulling in with breathing (La piel del pecho y cuello se retrae o se hunde de manera persistente cuando toma aliento)

This section is to be completed by a Physician IF student is to possess and self-administer medication in school at a school sponsored activity; while under the supervision of school personnel; or before, during, or after school care on school operated property, (in compliance with SB 472, effective 7/01/02). **(El MÉDICO debe llenar esta sección SI el estudiante debe cargar y tomar, por su propia cuenta, medicamentos en la escuela, durante una actividad escolar, mientras se encuentra bajo la supervisión del personal escolar; o antes, durante, o después de la escuela dentro de la propiedad que administra la escuela. (Conforme a SB 472, efectivo 7/01/02))**

FOR INHALED MEDICATIONS: (Please check one of the options below)

1. _____ I have instructed this student in the proper use and dosage of his/her inhaled medication. It is my professional opinion that this student should be allowed to carry and use that medication by him/herself. **OR**

2. _____ It is my professional opinion that this student should **not** carry his/her inhaled medication by him/her.

Physician Signature Date

Copy of this plan has been provided to Transportation Supervisor (Se entregó una copia de este plan al Supervisor de Transporte) **Yes** **No**

Parent Signature (Firma de uno de los padres) _____ Date (Fecha) _____ County School Nurse Signature (Firma de la enfermera escolar) _____ Date (Fecha) _____

La información acerca de los estudiantes y sus familias es estrictamente confidencial y se hará lo posible por proteger su privacidad.