

STUDENT ASTHMA CARE PLAN

Name: _____ Age: _____

Teacher: _____ Grade: _____ Room: _____ Bus #: _____

Parent/Guardian: Name: _____ Ph: (H) _____

Address: _____ Ph: (W) _____

Parent/Guardian: Name: _____ Ph: (H) _____

Address: _____ Ph: (W) _____

Emergency Phone #1: _____

Name Relationship Phone

Emergency Phone #1: _____

Name Relationship Phone

Physician Treating Student for Asthma: _____ Phone: _____

Other Physician: _____ Phone: _____

Medication allergies: _____

Daily Asthma Management Plan

• Identify the things that start an asthma episode:

Check each that applies to the student

{ Exercise { Strong odors or fumes { Other _____

{ Respiratory infections { Chalk dust _____

{ Change in temperature { Carpets in the room { Molds _____

{ Animals { Pollens { Food _____

Comments: _____

• Control of School Environment:

(List any environmental control measures, pre-medications, and/or dietary restrictions that the student needs to prevent an asthma episode.)

• Daily Medications/Treatments/Peak Flow:

Name of medication Amount When to Use

• Emergency Plan:

Steps to take during an asthma episode:

- Give medications as listed.
- Have student return to classroom if _____

- Contact parent if _____

• Call 911 if the student has any of the following:

No improvement 15 – 20 minutes after initial treatment with medication and a relative cannot be reached

Hard time breathing with: Child is hunched over; child is struggling to breathe or chest and neck pulled in with breathing

Trouble with walking or talking

Stops playing and can't start activity again

Lips or fingernails are gray or blue

Parent Signature: _____ Date: _____

Plan de atención para los estudiantes con asma

Nombre del estudiante: _____ Edad: _____
Maestro/a: _____ Grado: _____ Salón: _____ # del autobús: _____

Padre/tutor: Nombre: _____ Teléfono: (casa) _____
Dirección: _____ Teléfono: (trabajo) _____

Madre/tutor: Nombre: _____ Teléfono: (casa) _____
Dirección: _____ Teléfono: (trabajo) _____

Teléfono de emergencia #1: _____
Nombre Parentesco Teléfono

Teléfono de emergencia #2: _____
Nombre Parentesco Teléfono

Médico que está tratando al niño/a por asma: _____ Tel.: _____

Otro médico: _____ Tel.: _____

Alergias a medicamentos: (por favor, nómbralos) _____

Plan diario para el manejo del asma

- **Identifique las cosas que inician un ataque de asma:**

Marque las que correspondan al estudiante

Ejercicios	Olores fuertes o humos	Otras _____
Infecciones respiratorias	Polvo de tiza (gis)	_____
Cambios de temperatura	Alfombras en la habitación	Moho _____
Animales	Polen	Comida _____

Comentarios: _____

- **Control del ambiente escolar:**

(Nombre las modificaciones ambientales, pre-medicamentos, y/o restricciones en la dieta que el/la estudiante necesita para prevenir un ataque de asma.)

- **Medicamentos, tratamientos y espirometría ('Peak Flow') diarios:**

Nombre del medicamento	Cantidad	Cuándo debe usarlo
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____

- **Plan de emergencia:**

Pasos a seguir durante un ataque de asma:

- Administrar los medicamentos como ha sido indicado.
- Pedirle al estudiante que regrese al salón de clases si _____

- Contactar a los padres si _____

- **Llamar al 911 si el estudiante tiene uno de los siguientes síntomas:**

- ✓ No hay mejoría 15 -20 minutos después del tratamiento inicial con medicinas y no se ha podido contactar a un familiar.
- ✓ Tiene dificultad para respirar: el niño/a está encorvado hacia adelante; el niño/a tiene mucha dificultad para respirar, o el pecho y el cuello se contraen con la respiración
- ✓ Dificultad para caminar o hablar
- ✓ Para de jugar y no puede empezar la actividad nuevamente
- ✓ Sus labios o uñas están grises o azules

Firma del padre: _____ Fecha: _____