

Plan de cuidado estándar por Dificultad para respirar (Asma)

Diagnóstico de la enfermera: Paso de aire no efectivo, saturación de oxígeno deficiente, intolerancia a la actividad

Síntoma	Acción
<ul style="list-style-type: none"> • Toser durante periodos largos • Sonidos silbantes o musicales en el pecho; ruidos raros al respirar • Temblores con o sin fiebre • Respiración corta, dificultad al respirar • Opresión en el pecho • Expresión ansiosa • Parar la actividad, no queriendo caminar rápido o correr • Doblándose hacia adelante para respirar 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Haga que el estudiante tome su medicación de Alivio-rápido "Rescate" si la tiene: 2 inhalaciones del inhalador, 1 minuto entre cada una, cuando aparezcan los síntomas de asma. 2. No deje al estudiante solo. Que alguien vigile su respiración. Hable con calma y dando ánimos. 3. Saque al estudiante de la situación que le ha provocado el síntoma—pare la actividad, sáquele del área alérgica. 4. Procure que el estudiante se relaje, sentado en una posición cómoda. 5. Anímele a respirar despacio y profundo. 6. Si los síntomas no se alivian en 20 minutos, repita la dosis de la medicina: 2 inhalaciones del inhalador, 1 minuto entre cada una. 7. Llame a los padres si no hay inhalador disponible. 8. Llame a la enfermera del distrito si los padres no están disponibles.

Llame al 911 si:

Síntoma	Acción
<ul style="list-style-type: none"> • Dificultad para respirar, toma aire en la piel • Estudiante con decoloración azulada en labios, uñas, entre las costillas por respirar tan fuerte, palidez • Ruidos raros al respirar • Piel sudorosa, pegajosa • No queriendo acostarse • Perdiendo el nivel de consciencia • Hablando en frases cortas y cortadas • Padre o enfermera no disponible 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Llame al 911. Transporte al la sala de emergencia más cercana. 2. Avisar a los padres. 3. Avisar a la enfermera de la escuela y al personal de salud escolar. 4. Si el estudiante para de respirar o el corazón para de latir, hacerle CPR.

Las medicinas deben ser traídas por los padre y requiere un *Impreso de permiso de administración de medicinas* firmado por ellos. La escuela no puede suministrar medicinas. Estudiantes pueden llevar consigo su inhalador con permiso firmado por los padres. Los inhaladores deben tener la etiqueta actual de la farmacia.

Plan de cuidado sanitario individualizado—Asma

Si quiere crear un *Plan de cuidado sanitario individualizado* para su estudiante, rellene la información de abajo con la firma y devuélvalo a la oficina de la escuela. Si no entrega a la escuela un *Plan de cuidado sanitario individualizado*, entrará en vigor el *Plan de cuidado sanitario estándar*.

Nombre del estudiante _____ Id. estudiante _____ Grado _____

Escuela _____ Año escolar _____ Fecha nacimiento _____ Bus/Camina _____

Nombre de un padre/guardián _____ Teléfono _____

Nombre de un padre/guardián _____ Teléfono _____

Fecha del último ataque	
Los síntomas de mi hijo cuando está teniendo un ataque de asma son:	
Las medicinas que mi hijo toma para el asma son: (Todas las medicinas requieren un <i>Impreso de permiso de administración de medicina</i>)	*Inhaladores pueden ser llevados por el estudiante si el padre/guardián firma un <i>Impreso de auto administración de medicina</i> .
Si mi hijo tiene un ataque de asma hagan lo siguiente:	
Consideraciones y precauciones especiales (sobre actividades escolares, deportes, excursiones, transporte, etc.)	

Doy permiso a la enfermera de la escuela ya los miembros del personal del Distrito Escolar Medford 549C (MSD) para realizar y llevar a cabo las tareas descritas en el Plan de Salud Individualizado (IHP) de mi hijo. Si ha cambiado la condición de salud mencionada, informaré a la escuela de mi hijo oa la enfermera de la escuela. Este plan de atención médica estará vigente mientras mi estudiante asiste a MSD. Es mi responsabilidad proporcionar medicinas para mi estudiante. Si el estado de salud mencionado ha cambiado, yo le informare a la escuela o enfermera de la escuela. Este plan de salud medica va estar en vigencia mientras mi hijo asista MSD.

Firma de un padre/
guardián _____ Fecha _____