

**PROTOCOL PARA EL MANEJO DEL ASMA Y ADMINISTRACIÓN DE MEDICAMENTO
(Pare Ser Completado por los PADRES Y DOCTOR del niño)**

Nombre del Niño: _____ Fecha de Nacimiento: _____

Nombre del Proveedor: _____ Teléfono: _____

¿Ha diagnosticado un proveedor medico a su hijo con asma? Si No

¿Cuantos ataques de asma ha tenido su hijo durante el mes pasado: Mes? _____ ¿Año? _____

¿Ha estado su hijo hospitalizado por asma? Si No

Por favor anote todas las cosas que puedan causar un ataque de asma a su hijo: _____

¿Toma su hijo medicamento para el asma? Si No Si, si, nombre del medicamento _____

¿Se necesita el medicamento en la escuela? Si No

ACCION de EMERGENCIA para NO MEDICAMENTOS: Llame al CONTACTO, SI NO ESTA DISPONIBLE, LLAME AL 911.

ACCION de EMERGENCIAS es necesaria cuando un niño tiene síntomas, por ejemplo: _____

MEDICAMENTOS se necesitan administrar por Personal del Head Start cuando: _____

Administrar MEDICAMENTOS según lo siguiente:

Nombre del Medicamento	Método de Administración	Dosis	Frecuencia de Uso - Cuando Usar

Revise al niño para ver si los síntomas amenoran y/o mejora la respiración.

Revise para posibles efectos secundarios, por ejemplo: _____

Permita que el niño se quede en el Head Start si: _____

Busque CUIDADO MEDICO de EMERGENCIA si los Contactos para Emergencias no están disponibles y el niño muestra cualquier síntoma de lo siguiente: (Marque "✓" todos los que aplican)

- No hay mejoría minutos después del primer tratamiento con medicamento.
- Batalla para respirar con:
 - El pecho y cuello hundido al respirar.
 - El niño se dobla al respirar.
 - El niño batalla para respirar.
- Tiene problemas para caminar o hablar.
- Deja de jugar y no puede comenzar la actividad otra vez.
- Los labios o uñas de los dedos estar gises o azules.

Instrucciones Especiales: _____

Pido y autorizo que al estudiante nombrado arriba se le administre el medicamento identificado arriba de acuerdo con las instrucciones indicadas arriba por el período comenzando con el _____ día de _____, 20____, hasta el _____ día de _____, 20____, a causa de que existe una razón de salud valida, por lo cual se aconseja se administre el medicamento durante el horario escolar o durante el tiempo que el estudiante este bajo la supervisión de oficiales de la escuela. Dicho medicamento puede ser administrado por personal de la escuela sin entrenamiento médico.

Firma del Doctor: _____ Fecha: _____

Mi firma abajo significa consentimiento para que el personal de UMCHS administre medicamento para asma a mi hijo de acuerdo con la receta del doctor por el período comenzando con el _____ día de _____, 20____, hasta el _____ día de _____, 20____, Sin exceder un año escolar.

Firma del Padre/Madre: _____ Fecha: _____

Child/Family Advocates are responsible for ensuring substitute staff are informed of procedures outlined within this Asthma Management Plan. Maintain completed original in Center File with copies to the Emergency Contact Binder and HSD.