LA FAMILIA DEBE CONSERVAR UNA COPIA

Controlar factores que empeoran el asma

❑ HUMO

- No fume. Asista a clases de ayuda para dejar de fumar.
- No permita que otros fumen en la casa o en el automóvil. El olor a humo residual puede gatillar el asma.
- Aléjese de las personas que estén fumando.
- Si fuma, hágalo al aire libre.

❑ POLVO

- Use una vez a la semana una aspiradora con filtro de alta eficiencia o aspiración centralizada. Intente que las personas con asma no estén en casa mientras aspira.
- De ser posible, quite las alfombras. Moje la alfombra antes de quitarla y luego seque el piso por completo.
- Trapee los pisos semanalmente.
- Lave la ropa de cama y los juguetes de peluche con agua caliente cada 1-2 semanas. Congele por 24 horas los juguetes de peluche que no se pueden lavar.
- Cubra los colchones y cojines con fundas a prueba de ácaros del polvo.
- Reduzca los desórdenes y saque los peluches, especialmente del área de la cama.
- Remplace con frecuencia los filtros de los sistemas de calefacción.

❑ PESTES

- No deje comida o basura afuera. Almacene los alimentos en contenedores herméticos.
- Intente usar trampas y cebos con veneno, como ácido bórico para las cucarachas. En vez de usar rociadores o bombas, use cebos en lugares alejados de los niños, como detrás del refrigerador.
- Aspire las cucarachas muertas y rellene los agujeros con masilla o lana de cobre.
- Repare las filtraciones de la plomería, el techo y otras fuentes de agua.

❑ MOHO

- Use extractores de aire o deje las ventanas abiertas para ventilar mientras se baña o cocina.
- Limpie las superficies con moho con detergente y agua caliente y friegue con un cepillo de cerdas duras o esponja de limpieza, luego enjuague con agua. Es posible que los materiales absorbentes con moho deban ser reemplazados.
- Asegúrese de que las personas con asma no estén en la habitación mientras limpia.
- Repare filtraciones en la plomería u otras fuentes de agua o humedad.

❑ ANIMALES

- Considere no tener mascotas. Evite las mascotas con pelos o plumas.
- Mantenga a las mascotas fuera del dormitorio de la persona con asma.
- Lávese las manos y las de la persona con asma después de acariciar a los animales.

❑ OLORES/ROCIADORES

- Evite usar productos con mucha fragancia, como desodorantes de ambientes e inciensos, y productos de lavado y cuidado personal que contengan perfume.
- No use hornos o estufas como calefacción.
- Cuando limpie, hágalo lejos de la persona con asma y no use productos de limpieza con olores fuertes.
- Evite productos en aerosol.
- Evite productos de limpieza fuertes o muy fuertes.
- Evite el amoniaco, la lejía y los desinfectantes.

❑ POLEN Y MOHO DEL EXTERIOR

- Intente quedarse adentro cuando haya niveles altos de polen y moho.
- Mantenga las ventanas cerradas durante la temporada de polen.
- Evite usar ventiladores; use aire acondicionado.

❑ RESFRÍOS/INFLUENZA

- Manténgase sano haciendo ejercicio y durmiendo lo suficiente.
- Evite el contacto directo con personas enfermas.
- Lávese las manos frecuentemente y evite tocarse el rostro.
- Vacúnese una vez al año contra la influenza.

❑ CLIMA Y AIRE CONTAMINADO

- Si tiene problemas con el aire frío, intente respirar por la nariz en vez de por la boca y cúbrase con una bufanda.
- Revise días y noches en el sitio web de Spare the Air y evite hacer ejercicio vigoroso a esas horas.
- Quédese adentro con las ventanas cerradas los días con mucha contaminación.

❑ EJERCICIO

- Haga precalentamientos antes de ejercitar.
- Haga planes para alternar actividades de interior los días con mucho polen o contaminación.
- Si su médico lo indica, tome medicamentos antes de hacer ejercicios. (Vea la Zona Verde del Plan de Acción de Asma.)

©2008, Instituto de Salud Pública

Año escolar:_____.

DJUSD
DAVIS JOINT UNIFIED SCHOOL DISTRICT

Matt Best
Superintendente

526 B Street • Davis, CA 95616 • (530) 757-5300 • FAX: (530) 757-5323 • www.djusd.net

Plan de acción de asma

(También debe completar la autorización de medicamentos del Distrito Escolar Unificado Davis)

Estudiante:	Fecha de nacimiento:
Escuela:	Grado y maestro:
Padre de familia o tutor:	Teléfono:
Padre de familia o tutor:	Teléfono:
Firma del proveedor de atención médica:	Teléfono:
Gravedad del asma: ☐ ocasional ☐ leve ☐ moderada ☐ grave ☐ gatillada por el ejercicio	
☐ El estudiante sufre de alergia grave (vea el plan de acción de alergia)	
Medicamento de alivio rápido (dosis/frecuencia)	

Zona verde: buena apariencia • Buena respiración • Puede trabajar/jugar normalmente	☐ Ofrezca medicamentos de alivio rápido 10-20 minutos antes del ejercicio; repita luego de 4 horas si hará más ejercicios o continúa ejercitando.
Zona amarilla: se ve peor de lo habitual • Dificultad para respirar • Tos frecuente • Pecho apretado • No tolera actividades regulares, pero puede hablar usando oraciones completas	• Ofrezca el medicamento de alivio rápido ahora. • Espere 15 minutos. Si los síntomas no mejoran, repita la administración del medicamento de alivio rápido. • Si no vuelve a la zona verde después de la 2da dosis del medicamento, refiérase a la zona roja. • Llame al padre de familia/tutor.
Zona roja: emergencia • Tos constante • Tiene dificultades para respirar o jadea • Tiene problemas para hablar • La piel del pecho o cuello se estira al respirar • Labios o uñas azules • Somnoliento o confundido	• Ofrezca el medicamento de alivio rápido ahora. • Llame inmediatamente al 911, permanezca con el estudiante. • Repita la administración del medicamento de alivio rápido cada 15 minutos hasta que llegue el personal de emergencias. • Llame al padre de familia/tutor. • Refiérase al plan de acción de alergia si el estudiante sufre de alergia grave.

Firma del padre de familia y fecha

Firma del médico y fecha

AUTORIZACIÓN PARA AYUDAR CON LA ADMINISTRACIÓN DE MEDICAMENTOS

Nombre del estudiante:_____ Núm. de SIS:_____ Fecha de nac.:_____

Dirección: _____

Escuela:_____ Grado:____ Maestro:_____

Teléfono del padre o tutor: Hogar:_____ Trabajo:_____ Celular:_____ Emergencia:_____

INFORMACIÓN IMPORTANTE

Según la Sección 49423 del Código de Educación de California, la Sección 504 de la Ley de Rehabilitación de 1973 y el Título II de la Ley de Estadounidenses Discapacitados de 1990, los estudiantes que tengan discapacidades médicas y con prescripción médica de medicamentos para su tratamiento, los que deben tomar durante el día de clases, ya sea permanentemente o durante un periodo de tiempo, pueden pedir ayuda al distrito para tomar sus medicamentos mientras estén bajo el cuidado, custodia o control del distrito, incluso en excursiones, eventos deportivos y otras actividades patrocinadas por el distrito. **Los estudiantes no pueden estar en posesión de medicamentos durante el día de clases o mientras estén en propiedad de la escuela, excepto inhaladores para el asma, aplicadores personales tipo epi-pen y kits de glucagón.** Ya que nos preocupamos por la salud y la seguridad, lo que incluye un posible robo de los medicamentos o la posibilidad del uso o intercambio indebido de medicamentos con otros estudiantes, que pueden luego presentar alergias inesperadas u otras reacciones adversas, **no se hacen excepciones a esta exigencia**. Los estudiantes que estén en posesión, hagan uso indebido o den medicamentos a otros estudiantes, pueden enfrentar medidas disciplinarias.

> ***Medicamento*** *significa medicamento (no caducado) prescrito actualmente y de venta libre (como aspirinas, descongestionantes, gotas para los ojos) y suplementos nutricionales o herbales. Debido a que muchos medicamentos de venta libre pueden presentar peligros para la seguridad o la salud de otros, todos los medicamentos están sujetos a las reglas y regulaciones siguientes.*
>
> ***Discapacidad médica*** *significa tener una condición mental o física que limita la habilidad del estudiante de participar en las actividades principales de la vida (como comer, respirar, escuchar, hablar, aprender o cuidar de su persona) o está sujeta a una discapacidad o condición médica para la que un médico ha prescrito o recomendado medicamentos.*
>
> ***Ayuda con los medicamentos*** *significa almacenar o dar el medicamento al niño según las instrucciones o las pautas escritas del médico, cuando el estudiante se presenta a la hora acordada o como respuesta a circunstancias urgentes o de emergencias. La ley permite que la ayuda pueda ser brindada por un empleado del distrito en vez de personal de enfermería u otro proveedor de cuidados médicos licenciado o capacitado. Se informará oportunamente al padre de familia o tutor sobre cualquier ayuda de emergencia entregada al estudiante. Todos los informes adicionales de ayudas de emergencia se realizarán según las leyes correspondientes y políticas y procedimientos del distrito.*

Antes de que pueda recibir ayuda para tomar el medicamento, incluso si el estudiante tiene un Programa de Educación Individualizado ("IEP") o "Plan 504", al menos un padre de familia o tutor legal **y** el proveedor de atención médica debidamente autorizado del estudiante deben completar este formulario de autorización ("autorización"). Hay que completar una autorización nueva al comienzo de cada año escolar **y** cada vez que haya cambios en las instrucciones de administración del medicamento (por ejemplo, cambio de medicamento, dosis, hora o frecuencia). El padre de familia o tutor legal debe notificar inmediatamente al distrito si hay cambios en las instrucciones de administración del medicamento.

Todos los medicamentos deben ser entregados al distrito por el padre de familia o tutor legal y el distrito almacenará y administrará dicho medicamento según las instrucciones de este. Todos los medicamentos entregados al distrito deben venir con su etiqueta original (por ejemplo, en el envase original de la prescripción, en un paquete sellado, etc.), tal como fueron entregados por el médico, el farmacéutico o la tienda. El distrito seguirá entregando el medicamento y ayudando al estudiante según la autorización actual hasta que reciba una autorización actualizada firmada por el padre de familia o tutor y el proveedor de atención médica, a menos que (a) haya evidencia de que se puede poner el riesgo la salud del estudiante si se siguen las instrucciones anteriores o (b) si el padre de familia o tutor entrega una declaración escrita en la que indique que se debe dejar de administrar o suspender el medicamento hasta que entregue una autorización nueva. En tales casos, el padre de familia o tutor legal tendrá que ayudar al estudiante a administrar el medicamento durante el día de clases, a las horas acordadas, de una manera segura y apropiada que no interrumpa el ambiente educativo.

AUTORIZACIÓN DEL PADRE DE FAMILIA O TUTOR

He leído, entendido y acepto la vinculación a los derechos y las obligaciones de la sección de información importante de esta autorización. Solicito que ayuden a mi estudiante con la administración de sus medicamentos.

El estudiante entiende sus obligaciones descritas en la sección de información importante de arriba, lo que incluye cumplir las instrucciones para recibir ayuda con los medicamentos (por ejemplo, venir a la oficina del personal de enfermería todos los días, a la misma hora, sin que sea necesario que un empleado del distrito lo busque) y la política que prohíbe estar en posesión o compartir medicamentos (excepto inhaladores para el asma y aplicadores tipo epi-pen). Entiendo que si el estudiante no cumple estas obligaciones, puede enfrentar medidas disciplinarias y/o esta autorización puede ser revocada.

A menos que lo exija la ley, entiendo que no se garantiza que sea un profesional de enfermería o proveedor de atención médica autorizado quien ayude con la administración de medicamentos, aunque el distrito tomará medidas razonables para asegurar que el empleado del distrito que brinde la ayuda haya sido capacitado según todos los requisitos legales. Como colaborador del distrito en la protección de la salud y la seguridad del estudiante, trabajaré con el personal de la escuela para resolver problemas con la administración de medicamentos, incluyendo problemas que surjan cuando el estudiante participe en actividades patrocinadas por el distrito fuera del campus. También avisaré con tiempo al distrito cuando haya cambios en las instrucciones del medicamento. Es mi responsabilidad obtener un formulario de autorización nuevo firmado por un proveedor de atención médica autorizado cuando haya cambios en las instrucciones del medicamento. Cumpliré mis responsabilidades descritas arriba si cambian las instrucciones de la administración del medicamento.

Respecto a los problemas relacionados con la administración de los medicamentos que se indican en esta autorización, autorizo al distrito y al proveedor de atención médica mencionado abajo a hablar sobre la información médica y/o los medicamentos del estudiante, autorizo al proveedor de atención médica a entregar cualquier información adicional al distrito que sea necesaria para cumplir con esta autorización, y autorizo la entrega de esta información a todos los empleados del distrito y voluntarios capacitados que supervisen o interactúen de forma frecuente con el estudiante.

_____	_____	_____
Fecha	Firma del padre de familia o tutor	Nombre del padre de familia o tutor (letra de imprenta)

AUTORIZACIÓN MÉDICA

_____(nombre del estudiante) está bajo mi cuidado y personalmente instruyo lo siguiente: **(si se han prescrito más de dos medicamentos o necesita dar más explicaciones, adjunte a esta autorización una hoja separada firmada donde se indique la información adicional**).

Nombre del 1er medicamento	Dosis	Método de administración	Duración (fecha/semana/mes/hasta que se descontinúe)
	☐ Regular (si la respuesta es "sí", añada el intervalo/hora del día)	☐ En caso de emergencia (debe describir los síntomas y/o los desencadenantes)	☐ Según sea necesario (debe describir los síntomas y/o los desencadenantes)
¿El estudiante puede administrarse el medicamento? ☐Sí ☐No		¿El estudiante puede o debería portar su medicamento? ☐Sí ☐No (aplica solo a inhaladores/epi-pens)	
¿Los empleados del distrito deben tener alguna capacitación o experiencia antes de prestar ayuda? ☐Sí ☐No (Sí la respuesta es "sí", describa la capacitación o experiencia).			
Atención después de la ayuda o posibles reacciones adversas, seguimiento o atención de emergencia:			
Nombre del 2do medicamento	Dosis	Método de administración	Duración (fecha/semana/mes/hasta que se descontinúe)
	☐ Regular (si la respuesta es "sí", añada el intervalo/hora del día)	☐ En caso de emergencia (debe describir los síntomas y/o los desencadenantes)	☐ Según sea necesario (debe describir los síntomas y/o los desencadenantes)
¿El estudiante puede administrarse el medicamento? ☐Sí ☐No		¿El estudiante puede o debería portar su medicamento? ☐Sí ☐No (aplica solo a inhaladores/epi-pen)	
¿Los empleados del distrito deben tener alguna capacitación o experiencia antes de prestar ayuda? ☐Sí ☐No (Sí la respuesta es "sí", describa la capacitación o experiencia).			
Atención después de la ayuda, posibles reacciones adversas que requieran seguimiento o atención de emergencia:			

Observaciones o instrucciones adicionales _____

Nombre del médico _____ Núm. de registro médico _____

Dirección _____ Número de teléfono _____

Firma del médico _____ Fecha _____