



DIVISIÓN DE SALUD DE ESCUELA

650 Newtown Pike
Lexington, KY 40508
(859) 288-2314
(859) 288-2313 Fax

PAQUETE DE LOS PADRES - ASMA

Estimado Padre / Guardián:

Por favor, rellene el formulario adjunto para el asma del estudiante y devolverlo ya completado a su enfermera de la escuela. Esta información será compartida con el personal apropiado de la escuela, como maestro de su hijo(a) y profesor a de educación física. Sus comentarios y las instrucciones nos ayudarán a ayudar a su hijo durante los episodios de asma, así como para reducir al mínimo las restricciones.

Según las políticas de medicamentos las escuelas publicas de condado de fayette , TODOS los medicamentos, incluyendo los inhaladores, se almacenarán en un lugar seguro y los estudiantes deben ser supervisados por personal de la escuela al tomar los medicamentos. El propósito de esta política es para garantizar la seguridad de todos los medicamentos, para evitar errores, y para evitar que los niños compartan sus medicamentos con otras personas. Es requerido por política que el personal de la escuela se encargue de la administración segura y supervisada de medicamentos a los estudiantes, con las siguientes excepciones.

Los estudiantes están autorizados a llevar sus inhaladores si se cumplen las siguientes condiciones:

- **Se ha determinado que el estudiante sea social, cognitivo, física y emocionalmente lo suficientemente maduros como para llevar y administrar el inhalador.**
- **El Formulario debiera ser completado por el padre o tutor y doctor correctamente y ser archivado en los registros de la escuela.**

Cuando los estudiantes se auto-administran medicamentos, el personal de la escuela no será responsable de controlar la frecuencia de uso, fecha de caducidad, o la cantidad de uso del medicamento disponible para los estudiantes.

Por favor, enviar una foto actual del estudiante para que pueda ser fácilmente identificado. Esta información será distribuido al personal apropiado de la escuela que lo necesite saber y puede incluir a los conductores de autobús, maestros sustitutos, personal de la cafetería, y otros que trabajan con su hijo todos los días.

Para ayudar al estudiante, por favor avisenos de cualquier cambio en la condición médica del estudiante o ha los números de teléfono de emergencia.

Los siguientes formularios deben ser completados y devueltos a la enfermera de la escuela de su estudiante.

- **El Plan de Cuidado de Salud de Asma**
- **Formulario de Autorización de Medicamentos**

Estamos mirando adelante a un gran año con su estudiante!

Por favor llame de Salud Escolar de Servicios el programa en el 288-2314 si usted tiene alguna pregunta.

EL PLAN DE CUIDADO DE SALUD DE ASMA

(Este formulario sera disponible para profesores y la personal escolar apropiada.)

Nombre del Estudiante: _____ FECHA DE NACIMIENTO: ____ / ____ / ____

Alergias: _____

Escuela: _____ Maestro: _____ Grado: _____

Rider de Autobús: ☐ Si ☐ No # de Autobús: AM ____ PM ____ No viajar en el Autobús: ☐

Nombre de Padre/Guardián(s): _____

Dirección/Código Postal: _____

Doctor Primario: _____ Numero de Teléfono: _____

Preferencia de Hospital: _____

Adjuntar Imagen
Del Estudiante
Aquí

Padre/Guardián 1: — Casa: _____ Trabajo: _____ Celular: _____

Padre/Guardián 2: — Casa: _____ Trabajo: _____ Celular: _____

O Contacto llamada de emergencia si no puede comunicarse con un Padre / Guardián:

Nombre: _____ Teléfono: _____ Relación: _____

1. ¿Cuál es la fecha en que el último estudiante tuvo un ataque de asma? ____ / ____ / ____

2. Ha sido el estudiante hospitalizados por asma? ☐ Si ☐ No

3. ¿Qué desencadena los episodios de asma de su estudiante? (Marque todas las casillas que correspondan.)

☐ Polen ☐ Moho ☐ Polvo ☐ Plumas ☐ La caspa de los Animales ☐ Perfume ☐ La Contaminación del Aire

☐ Humo ☐ Infecciones Respiratorias ☐ El aire Frío ☐ Cambios en el Clima ☐ Ejercicio Vigoroso

☐ Alimentos (Especifique) _____

☐ Otro (Especifique) _____

4. ¿Cuáles son los síntomas del asma de su estudiante? (Marque todas las que correspondan.)

☐ Tos ☐ Respira con Dificultad ☐ Opresión en el Pecho ☐ Ansiedad o Inquietud

☐ La Dificultad Para Respirar o Falta de Aliento ☐ Otro (Especificar) _____

5. Lista aquí el Medicamento (s) que toma su hijo para el asma.

Nombre del Medicamento: _____ Dosis: _____ Hora del día: _____

6. Lista de cualquier otro Medicamento (s) su estudiante toma:

Nombre del Medicamento: _____ Dosis: _____ Hora del día: _____

7. ¿En dónde mantiene su estudiante sus Medicinas o Inhalador?: _____

8. Comentarios Adicionales: _____

Reviewed by: _____ RN

Date: _____

FORMULARIO DE AUTORIZACIÓN DE MEDICAMENTOS

(Por favor, complete un formulario por cada medicamento.)

Nombre del Estudiante: _____		Fecha de Nacimiento: _____	
Alergias: _____			
Medicamentos: _____		Dosis: _____	
Motivo de la Medicación o el Diagnóstico: _____			
Dosis: _____		Hora del día para se Administrado: _____ ☐ AM ☐ PM	
Escuela: _____		Escuela de Año: _____	

Con el fin de que el personal de la escuela pueda administrar cualquier tipo de medicación necesaria para el alumno, el padre/madre/tutor debe entregar firmado este formulario de autorización. La medicina se administrará al estudiante por la enfermera de la escuela o por el personal de la escuela sin licencia, entrenado y considerado competente por la enfermera de la escuela. La medicina debe ser enviada a la escuela con instrucciones completas y con el contenedor original, con la etiqueta del pedido de la farmacia o con la firma del médico conectado al medicamento.

Por favor, asegúrese de completar toda la información en este formulario de autorización antes de devolverlo a la escuela.

CUALQUIER MEDICAMENTO SIN RECETA DEBE SER ACOMPAÑADO POR ORDEN DE UN MÉDICO

El medicamento administrado durante la jornada escolar debe indicarse a la escuela por el padre/madre/tutor. Los padres/tutores deberán recoger los medicamentos no utilizados dentro de las dos (2) semanas siguientes al último día de la escuela o serán destruidos. Esta autorización es válida para un año y debe ser renovada al comienzo de cada nuevo año escolar.

La primera dosis de cualquier nuevo medicamento NO se debe dar en la escuela.

PADRE O GUARDIAN DE MOTIVOS

- ☐ Yo, el abajo firmante padre o tutor del estudiante nombrado arriba solicita que un **a ***mi hijo a auto-administrarse el medicación por encima de*** la medicación anterior al estudiante con las instrucciones marcadas por el médico. Estoy de acuerdo en suministrar el medicamento prescrito necesario y me comprometo a notificar a la enfermera de la escuela de forma inmediata cualquier cambio. Entiendo que Fayette County Board de Educación Medicamentos Políticas y Procedimientos (09.2241) están disponibles para mí uso. Firmo esta declaración voluntariamente y con pleno conocimiento de su importancia. Estoy de acuerdo en recoger cualquier medicamento no utilizado dentro de las dos semanas siguientes a la última jornada de la escuela, o el medicamento será destruido.

*** Los padres y los estudiantes son responsables de tener medicamentos disponibles en la escuela.**

X _____
(Firma del padre/madre/tutor)

_____/_____/_____
Fecha

Teléfono de la casa: _____ Trabajo: _____ Teléfono celular: _____

Reviewed by: _____ RN Date: _____