



# THORNWOOD HIGH SCHOOL

17101 South Park Avenue · South Holland, Illinois 60473

**Mr. Dennis Willis**  
*Principal*

Queridos padres/guardian,

Dentro del programa de control del asma de la escuela, su niño/a colaborará con la enfermera de la escuela y otros miembros del personal para seguir su plan de acción para el control del asma y aprender formas de reducir los síntomas y los ataques de asma

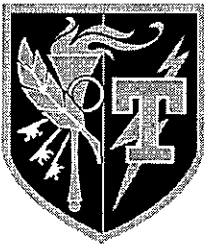
Para poder brindarle el mejor programa posible de control del asma, le pedimos que por favor nos ayude con lo siguiente:

- Obtenga un plan de acción para controlar el asma, escrito por el médico de su niño/a o por otro profesional de la salud, y deje una copia con el maestro del salón de clase de su niño/a o en la enfermería de la escuela. Este plan de acción para el control del asma indica las metas de tratamiento de su niño/a, el plan de medicamentos y de flujo máximo, y lo que debe hacerse para reducir los factores desencadenantes del asma de su niño/a. Verifique que el plan de acción para controlar el asma contenga instrucciones para controlar los síntomas durante actividades especiales en la escuela o fuera de ella. Estas actividades y eventos pueden ser el recreo, la educación física, los juegos al aire libre, los paseos escolares, las fiestas y las clases de arte y música. Puede usar el formulario adjunto o un formulario del profesional de la salud de su niño/a. Si su niño/a no tiene un proveedor de atención primaria, hable con nuestro equipo de salud escolar para elaborar un plan en el que se atiendan las necesidades de su niño/a para mantener el asma bajo control.
- Llene los formularios adjuntos de administración de medicamentos para cada medicamento que se debe administrar en la escuela o durante actividades escolares fuera de la escuela y entréguelos al maestro de su niño/a o déjelos en la enfermería de la escuela. Si su niño/a debe llevar sus propios medicamentos y tomarlos en la escuela y en las actividades escolares, entregue el formulario adjunto firmado por el profesional de la salud de su niño/a. Lleve los medicamentos a la escuela en sus envases originales con las etiquetas de la farmacia; no envíe medicamentos con su niño/a. Obtenga una nueva receta o más medicamentos cuando sea necesario, y lleve el control de las fechas de vencimiento de los medicamentos que puedan ocurrir durante el año escolar. Si su niño/a lleva y toma sus propios medicamentos, puede dejar un segundo inhalador en la escuela, si usted lo desea.
- Reúnase con la enfermera de la escuela antes de que empiecen las clases y cuando sea necesario durante el año escolar, para hablar sobre los problemas de salud de su niño/a, los medicamentos, los aparatos para administrar los medicamentos y los factores que le desencadenan el asma.
- Reúnase con los maestros y otros miembros del personal escolar para crear un plan de comunicación que facilite el manejo de cualquier tarea o prueba escolar que su hijo no pueda realizar si falta a la escuela debido al asma. Reúnase también con los maestros de

**Ms. Kelly Hock**  
*Assistant Principal*  
(708) 225-4704

**Mr. Don Holmes**  
*Assistant Principal*  
(708) 225-4702

**Mr. Tom Walsh**  
*Assistant Principal*  
(708) 225-4703



# THORNWOOD HIGH SCHOOL

17101 South Park Avenue · South Holland, Illinois 60473

**Mr. Dennis Willis**  
*Principal*

educación física y los entrenadores de deportes para hablar sobre las necesidades especiales que su niño/a pueda tener en relación con el asma inducida por el ejercicio.

- Prepare a su niño/a: Asegúrese de que su niño/a entienda su plan de medicamentos y cómo debe manejar los síntomas, los factores desencadenantes y las restricciones alimentarias. Explíquele los reglamentos escolares relacionados con el control del asma, como las reglas sobre el uso de medicamentos.
- Informe al personal de la escuela sobre cualquier cambio que haya en el estado de salud de su niño/a o en su plan de acción para controlar el asma.
- Hable con el médico o con otro profesional de la salud de su niño/a sobre los servicios y el apoyo que ofrece la escuela para ayudar a su niño/a a controlar el asma.
- Favor de notar que cada medicación recetada por su doctor , como inhalador y nebulizador , debe ser renovado al empieso de cada año escolar.

En nuestro programa de control del asma también se incluyen los siguientes componentes que apoyarán a su niño/a en el control de la enfermedad cuando esté en la escuela:

- Capacitación sobre el asma de todos los miembros del personal de la escuela para que estén preparados para cumplir con los planes de acción para controlar el asma de los estudiantes, identificar los síntomas y los signos que indican el inicio de un ataque de asma, y manejar emergencias relacionadas con el asma.
- Un ambiente escolar que apoya y alienta el respeto hacia los demás.

Muchas gracias por colaborar con nosotros para ayudar a su niño/a. Si tiene alguna pregunta o inquietud sobre cómo mantener el asma de su niño/a bajo control mientras está en la escuela, comuníquese con nosotros.

Atentamente,

THORNWOOD HIGH SCHOOL

OFFICINA DE ENFERMERA

708-225-4778/4779/4090

Fax: 708-225-4856

**Ms. Kelly Hock**  
*Assistant Principal*  
(708) 225-4704

**Mr. Don Holmes**  
*Assistant Principal*  
(708) 225-4702

**Mr. Tom Walsh**  
*Assistant Principal*  
(708) 225-4703

THORNTON DISTRITO 205

AUTORIZACIÓN DE ADMINISTAR MEDICAMENTOS

ESTUDIANTE NOMBRE \_\_\_\_\_  
FECHA DE NACIMINETO \_\_\_\_\_

DIRECCIÓN \_\_\_\_\_  
TELÉFONO \_\_\_\_\_

ESCUELA-  
FACULTAD \_\_\_\_\_ AÑ  
O \_\_\_\_\_

CONTACTO EN CASO DE EMERGENCIA NOMBRE Y NÚMERO DE  
TELÉFONO \_\_\_\_\_

I. LOS PADRES Y/O TUTORES LEGALES DEL ESTUDIANTE TIENEN  
QUE COMPLETAR EL SIGUIENTE FORMULARIO

Como \_\_\_\_\_, padre o tutor de  
\_\_\_\_\_, tengo la máxima responsabilidad de administrar  
medicamentos a mi hijo/a. Sin embargo, en caso de emergencia médica o si es  
necesario para proteger la salud y/o el bienestar de mi hijo, doy toda mi autorización a  
Thornton Township High Schools District 205 (el "Distrito") para que sus empleados  
y agentes puedan administrar medicación con receta a mi hijo o para que permitan a  
mi hijo auto-administrar medicación con receta siempre que mi hijo/a esté bajo la  
supervisión de los empleados y agentes del Distrito. Al administrar el medicamento,  
se tiene que seguir los pasos descritos a continuación. Reconozco que puede ser  
necesario para administrar medicamentos a mi hijo y el tratamiento de la condición de  
mi hijo autorizar a otra persona, aparte de la enfermera de la escuela. Esta persona  
elegida debe consentir específicamente para administrar medicamentos y todo  
relacionado con la administración de medicamentos. Voy a notificar a la escuela, por  
escrito, si se discontinua la fabricación de dicho(s) medicamento(s) y obtener una  
orden escrita del médico si se cambia la dosis o el tratamiento con  
medicamentos. Entiendo que esta autorización de administrar medicamentos sólo es  
vigente durante el año escolar \_\_\_\_\_. Hay que renovar esta autorización  
cada año escolar.

Además, reconozco y acepto que, cuando se administran los medicamentos  
legalmente prescritos, renuncio el derecho de denunciar al Distrito y a sus empleados  
y agentes si se administran o coordinan la auto-administración de dichos

medicamentos, aunque la autorización para la auto-administración de medicamentos pueda haber sido firmado por mí, el padre / tutor del estudiante, o por el médico de mi hijo, asistente médico o la enfermera de práctica avanzada. Además, acepto que no puedo ni culpar ni denunciar al Distrito, sus empleados y agentes, de forma conjunta o separada, para daños, lesiones, incluso los honorarios y costos de consultar a un abogado, incurridos o como resultado de la administración o la auto-administración de un medicamento legalmente prescrito cuyo uso está autorizado, a no ser que la denuncia tenga base en la mala conducta, intencional o no.

Firma del padre / tutor: \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_

Firma del padre / tutor: \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_

## **II. APARTADO QUE DEBE COMPLETAR EL MÉDICO AUTORIZADO DE ADMINISTRAR MEDICAMENTOS**

**(Si su hijo/a auto-administra medicamentos para tratar asma, consulte Sección III a continuación)**

Diagnóstico: \_\_\_\_\_ Nombre del medicamento: \_\_\_\_\_

Dosis: \_\_\_\_\_ Vía de administración: \_\_\_\_\_

Tiempo / Circunstancias cuando la medicación debe administrarse: \_\_\_\_\_

Efectos Secundarios: \_\_\_\_\_

Fecha de Prescripción: \_\_\_\_\_

Caduca: \_\_\_\_\_

El estudiante auto-administra epinefrina: \_\_\_\_ Si \_\_\_\_ No. El estudiante anteriormente nombrado tiene una alergia potencialmente fatal que requiere la

administración inmediata de epinefrina y atención médica cuanto antes. He determinado que es médicamente necesario que lleva consigo un auto-inyector de epinefrina. Se ha enseñado al estudiante las técnicas de la auto-administración del medicamento antes mencionado y es capaz de administrarlo de manera independiente. El estudiante entiende el propósito que tiene la medicación y su responsabilidad de notificar a un miembro del personal del Distrito y de la oficina de salud justo después de auto-administrar epinefrina.

El estudiante auto-administra medicamentos para diabetes: \_\_\_\_ Si \_\_\_\_ No. El estudiante tiene diabetes comprobado por diagnóstico oficial. He determinado que es médicamente necesario que mi hijo/a posee medicamentos para diabetes, el equipo relacionado y los suministros necesarios para controlar y tratar a su condición diabética conforme con su su Plan para Diabetes. El estudiante entiende el propósito que tiene el medicamento y su responsabilidad de notificar a un miembro del personal del Distrito y de la oficina de salud justo después de auto-administrarlo. El estudiante debe informar al personal de la escuela si experimenta síntomas anormales.

Se me puede contactar llamando el siguiente número de teléfono en caso de emergencia:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Número de teléfono y firma del médico

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Dirección y nombre del médico Fecha

### III. PARA ESTUDIANTES QUE AUTO-ADMINISTRAN MEDICAMENTOS PARA ASMA

LOS PADRES Y/O TUTORES LEGALES DEL ESTUDIANTE TIENEN QUE  
COMPLETAR EL SIGUIENTE FORMULARIO

Diagnóstico: \_\_\_\_\_ Nombre del  
medicamento: \_\_\_\_\_

Dosis: \_\_\_\_\_ Vía de Administración:  
\_\_\_\_\_

Tiempo / Circunstancias cuando la medicación debe administrarse:

\_\_\_\_\_

Efectos Secundarios:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Fecha de Prescripción: \_\_\_\_\_ Fecha Interrupción:

\_\_\_\_\_

El estudiante auto-administra medicación para asma:  Si  No. Se ha determinado que mi hijo/a tiene asma y se le ha proscrito medicamento para el asma por un profesional de la salud calificado. Autorizo a mi hijo llevar sus medicamentos para el asma y autorizo que auto-administrarse su / su medicación según lo prescrito por su / su médico. El médico de mi hijo ha comunicado las siguientes instrucciones a mi hijo para la auto-administración de su medicación y ha indicado que mi hijo es capaz de administrarla de manera independiente. El estudiante entiende el propósito que tiene el medicamento y su responsabilidad de notificar a un miembro del personal del Distrito y de la oficina de salud justo después de auto-administrarlo. He proporcionado la escuela un suministro adicional del dicho medicamento con una etiqueta que describe su uso en el caso de que él / ella se olvida de llevar su medicación para asma a la escuela.

Firma del padre / tutor: \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_

Firma del padre / tutor: \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_

# Plan de acción contra el asma



## Información general:

- Nombre \_\_\_\_\_
- Contacto en caso de emergencia \_\_\_\_\_ Números telefónicos \_\_\_\_\_
- Médico/Proveedor de atención médica \_\_\_\_\_ Números telefónicos \_\_\_\_\_
- Firma del médico \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

Clasificación de la gravedad	Desencadenantes	Actividad física
<input type="radio"/> Intermitente <input type="radio"/> Leve persistente <input type="radio"/> Moderada persistente <input type="radio"/> Severa persistente	<input type="radio"/> Resfríos <input type="radio"/> Fumar <input type="radio"/> Clima <input type="radio"/> Ejercicio <input type="radio"/> Polvo <input type="radio"/> Contaminación <input type="radio"/> Animales <input type="radio"/> Alimentos <input type="radio"/> Otros _____	1. Previa al medicamento (cuánta y cuándo) _____ 2. Modificaciones en la actividad física _____

## Zona verde: se encuentra bien

## Récord obtenido en el medidor de flujo máximo:

### Síntomas

- Respira bien
- No tiene tos ni respiración ruidosa
- Puede trabajar y jugar
- Duerme toda la noche

### Medicamentos de control

Medicamento	Cantidad que debe tomar	Horarios en que debe tomarlo
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____

### Medidor de flujo máximo

Más del 80% del récord o \_\_\_\_\_

## Zona amarilla: está empeorando

## Comuníquese con el médico si utiliza el medicamento más de 2 veces por semana.

### Síntomas

- Algunas dificultades para respirar
- Tos, respiración ruidosa u opresión en el pecho
- Problemas para trabajar o jugar
- Se despierta por las noches

### Continúe con los medicamentos de control y agregue:

Medicamento	Cantidad que debe tomar	Horarios en que debe tomarlo
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____

### Medidor de flujo máximo

Entre el 50% y el 80% del récord, o entre \_\_\_\_\_ y \_\_\_\_\_

### Si los síntomas (y el flujo máximo, si se mide) regresan a la zona verde después de una hora del tratamiento de alivio rápido:

- Tome el medicamento de alivio rápido cada 4 horas durante 1 ó 2 días
- Cambie sus medicamentos de control a largo plazo por \_\_\_\_\_
- Comuníquese con su médico para obtener atención de seguimiento

### Si los síntomas (y el flujo máximo, si se mide) NO regresan a la zona verde luego de 1 hora del tratamiento de alivio rápido:

- Tome nuevamente el medicamento de alivio rápido
- Cambie los medicamentos de control a largo plazo por \_\_\_\_\_
- Llame a su médico/Proveedor de atención médica dentro de las \_\_\_\_\_ horas de haber modificado su rutina de medicamentos

## Zona roja: alerta médica

## Número telefónico de emergencias/ la ambulancia:

### Síntomas

- Muchas dificultades para respirar
- No puede trabajar o jugar
- Se empeora en lugar de mejorar
- El medicamento no ayuda

### Continúe con los medicamentos de control y agregue:

Medicamento	Cantidad que debe tomar	Horarios en que debe tomarlo
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____

### Medidor de flujo máximo

Menos del 50% del récord, o entre \_\_\_\_\_ y \_\_\_\_\_

### Diríjase al hospital o llame a una ambulancia si:

- continúa en la zona roja luego de 15 minutos
- no pudo comunicarse con su médico/proveedor de atención médica para solicitar ayuda
- \_\_\_\_\_

### Llame a una ambulancia inmediatamente si se presentan las siguientes señales de peligro:

- Tiene problemas para caminar/hablar debido a la falta de aire
- Los labios o las uñas se tornan de color azul