

# Asthma Action Plan for Home and School



Name \_\_\_\_\_ DOB \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Severity Classification  Intermittent  Mild Persistent  Moderate Persistent  Severe Persistent

Asthma Triggers (list) \_\_\_\_\_

Peak Flow Meter Personal Best \_\_\_\_\_

## Green Zone: Doing Well

Symptoms: Breathing is good – No cough or wheeze – Can work and play – Sleeps well at night

Peak Flow Meter \_\_\_\_\_ (more than 80% of personal best)

Control Medicine(s)	Medicine	How much to take	When and how often to take it	Take at
	_____	_____	_____	<input type="checkbox"/> Home <input type="checkbox"/> School
	_____	_____	_____	<input type="checkbox"/> Home <input type="checkbox"/> School

Physical Activity  Use albuterol/levalbuterol \_\_\_\_ puffs, 15 minutes before activity  with all activity  when the child feels he/she needs it

## Yellow Zone: Caution

Symptoms: Some problems breathing – Cough, wheeze, or chest tight – Problems working or playing – Wake at night

Peak Flow Meter \_\_\_\_\_ to \_\_\_\_\_ (between 50% and 79% of personal best)

Quick-relief Medicine(s)  Albuterol/levalbuterol \_\_\_\_ puffs, every 4 hours as needed

Control Medicine(s)  Continue Green Zone medicines

Add \_\_\_\_\_  Change to \_\_\_\_\_

The child should feel better within 20–60 minutes of the quick-relief treatment. If the child is getting worse or is in the Yellow Zone for more than 24 hours, THEN follow the instructions in the RED ZONE and call the doctor right away!

## Red Zone: Get Help Now!

Symptoms: Lots of problems breathing – Cannot work or play – Getting worse instead of better – Medicine is not helping

Peak Flow Meter \_\_\_\_\_ (less than 50% of personal best)

Take Quick-relief Medicine NOW!  Albuterol/levalbuterol \_\_\_\_ puffs, \_\_\_\_\_ (how frequently)

Call 911 immediately if the following danger signs are present

- Trouble walking/talking due to shortness of breath
- Lips or fingernails are blue
- Still in the red zone after 15 minutes

**School Staff:** Follow the Yellow and Red Zone instructions for the quick-relief medicines according to asthma symptoms.

The only control medicines to be administered in the school are those listed in the Green Zone with a check mark next to “Take at School”.

Both the Healthcare Provider and the Parent/Guardian feel that the child has demonstrated the skills to carry and self-administer their quick-relief inhaler, including when to tell an adult if symptoms do not improve after taking the medicine.

### Healthcare Provider

Name \_\_\_\_\_ Date \_\_\_\_\_ Phone (\_\_\_\_) \_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ Signature \_\_\_\_\_

### Parent/Guardian

I give permission for the medicines listed in the action plan to be administered in school by the nurse or other school staff as appropriate.

I consent to communication between the prescribing health care provider or clinic, the school nurse, the school medical advisor and school-based health clinic providers necessary for asthma management and administration of this medicine.

Name \_\_\_\_\_ Date \_\_\_\_\_ Phone (\_\_\_\_) \_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ Signature \_\_\_\_\_

### School Nurse

The student has demonstrated the skills to carry and self-administer their quick-relief inhaler, including when to tell an adult if symptoms do not improve after taking the medicine.

Name \_\_\_\_\_ Date \_\_\_\_\_ Phone (\_\_\_\_) \_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ Signature \_\_\_\_\_

## REGULATIONS FOR MEDICATION AT SCHOOL

The La Mesa-Spring Valley School District recognizes that some children need to take medication at school. To encourage school attendance, school personnel will assist in carrying out physician's recommendations. However, we request that the following precautions be observed for the safety of your child and others and to comply with the law.

1. Only medication prescribed by a **California licensed health care provider** as being necessary to be taken by the student in the manner listed on this form may be brought to school. Written parent permission is also required.
2. All medication **MUST BE BROUGHT TO THE SCHOOL HEALTH OFFICE BY AN ADULT** and accompanied by a "Medication Authorization and Plan" (form 09562), "School Asthma Action Plan" form or "Emergency Allergy Action Plan" form signed by parent/guardian and child's physician.
3. All medication brought to school will be secured in the health office and dispensed by trained staff according to the provisions listed on this form. Any special instructions for storage or security measures must be written by the health care provider and given to school personnel.
4. The prescription or manufacturer's container must be clearly labeled, agree with the "Medication Authorization and Plan" and include the following information:
  - Name of the student
  - Name of the prescribing provider
  - Pharmacy who dispensed the medication or the manufacturer
  - Expiration date must be included
  - Name and strength of the medication and the amount to be given (dose)
  - Method of administration (oral, inhaled, topical, etc.)
  - Specific time and/or specific situations in which the medication is to be given. (*Parents may want to ask the pharmacist for "school packaging" – a separate container labeled just for the school time dose.*)
5. Over-the-counter medication must be in its original container labeled with student's name and accompanied by written physician instructions.
6. Students carrying and administering their own medication must have the provider's written consent. The student will comply with the order as written and maintain the safety of the medication at all times. Students who need medication while at school may carry medication (such as; asthma inhalers, insulin, severe allergic reaction injections (Epi-Pen) and self-administer such medication under the supervision of school personnel, provided the following conditions are met. (1) A signed statement from the health care provider with the following information: (a) name of the medication, (b) how it is to be used, (c) dosage, (d) confirmation that the student is able to self-administer the medication. (2) A signed statement from the parent/foster parent/guardian with the following information: (a) consent allowing the student to self-administer his/her medication; (b) release allowing the school nurse or other designated school personnel to consult with the student's healthcare provider if questions or concerns arise; (c) release absolving the school district and school personnel from civil liability if the self-administering student suffers an adverse reaction.
7. A new "Medication Authorization and Plan" form or "School Asthma Action Plan" must be completed for any change in dose, time, or method of administration. **It will only be valid for the current school year.**
8. If there is no current medical authorization, parent may bring medication and administer the medication to his/her student in the health office. The parent must take the medication with them, since no medication will be stored in the health office without a current medical authorization plan. Parent designee may give the child medication, if the parent calls the health tech and gives a verbal authorization.
9. Medications must be picked up by the parent or guardian **AT THE END OF THE SCHOOL YEAR OR THEY WILL BE DISCARDED.**
10. For students with a current IEP from Special Education, this "Medication Authorization and Plan" serves as an Individual Health Plan (IHP) added to the Special Education file.

# Plan de acción contra el asma para el hogar y la escuela



Nombre \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Clasificación de gravedad  Intermitente  Persistente leve  Persistente moderado  Persistente grave

Desencadenantes del asma (lista) \_\_\_\_\_

Mejor marca personal del flujómetro \_\_\_\_\_

## Zona verde: Anda bien

Síntomas: La respiración es buena – Sin tos ni resuello – Puede trabajar y jugar – Duerme bien a la noche

Flujómetro \_\_\_\_\_ (más del 80% de la mejor marca personal)

Medicamento/s de control	Medicamento	Cuánto tomar	Cuándo y con qué frecuencia tomarlo	Tomar
	_____	_____	_____	<input type="checkbox"/> Hogar <input type="checkbox"/> Escuela
	_____	_____	_____	<input type="checkbox"/> Hogar <input type="checkbox"/> Escuela

Actividad física  usa albuterol/levalbuterol \_\_\_\_ puffs, 15 minutos antes de la actividad  con todas las actividades  
 cuando el niño siente que lo necesita

## Zona amarilla: Precaución

Síntomas: Algunos problemas de respiración – Tos, resuello, u opresión en el pecho – Problemas para trabajar o jugar – Se despierta a la noche

Flujómetro \_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_ (entre 50% y 79% de la mejor marca personal)

Medicamento/s de alivio rápido  Albuterol/levalbuterol \_\_\_\_ puffs, cada 4 horas según sea necesario

Medicamento/s de control  Continuar con los medicamentos de la Zona verde

Agregar \_\_\_\_\_  Cambiar por \_\_\_\_\_

El niño se debe sentir mejor dentro de 20–60 minutos del tratamiento de alivio rápido. Si el niño empeora o está en la Zona amarilla durante más de 24 horas, siga las instrucciones de la ZONA ROJA y llame al médico inmediatamente.

## Zona roja: ¡Consigue ayuda ahora!

Síntomas: Muchos problemas de respiración – No puede trabajar o jugar – Empeora en vez de mejorar – El medicamento no ayuda

Flujómetro \_\_\_\_\_ (menos del 50% de la mejor marca personal)

¡Tome el medicamento de alivio rápido AHORA!  Albuterol/levalbuterol \_\_\_\_ puffs, \_\_\_\_\_ (con qué frecuencia)

Llame al 911 inmediatamente si presenta las siguientes señales de peligro

- Dificultad para caminar/hablar debido a la falta de aire
- Labios o uñas azules
- Sigue en la zona roja después de 15 minutos

**Personal escolar:** Siga las instrucciones de la Zona amarilla y roja respecto de los medicamentos de alivio rápido de acuerdo con los síntomas del asma. Los únicos medicamentos de control que podrán administrarse en la escuela son los que figuran en la Zona verde con una tilde junto a “Tomar en la escuela”.

Tanto el proveedor de atención médica como el padre/tutor consideran que el niño ha demostrado capacidad para llevar y auto-administrarse su inhalador de alivio rápido, incluida la capacidad de avisar a un adulto si los síntomas no mejoran después de tomar el medicamento.

### Proveedor de atención médica

Nombre \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_ Teléfono (\_\_\_\_) \_\_\_\_-\_\_\_\_ Firma \_\_\_\_\_

### Padre/tutor

Autorizo que un enfermero u otro personal escolar administren en la escuela los medicamentos que figuran en el plan de acción según corresponda.  
 Autorizo la comunicación entre la clínica o el proveedor de atención médica que prescribe, el enfermero de la escuela, el asesor médico de la escuela y los proveedores de la clínica de salud ubicada en la escuela que sea necesaria para el control del asma y la administración de este medicamento.

Nombre \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_ Teléfono (\_\_\_\_) \_\_\_\_-\_\_\_\_ Firma \_\_\_\_\_

### Enfermero de la escuela

El estudiante ha demostrado capacidad para llevar y auto-administrarse su inhalador de alivio rápido, incluida la capacidad de avisar a un adulto si los síntomas no mejoran después de tomar el medicamento.

Nombre \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_ Teléfono (\_\_\_\_) \_\_\_\_-\_\_\_\_ Firma \_\_\_\_\_

## REGLAMENTOS PARA ADMINISTRAR MEDICAMENTOS EN LA ESCUELA

El Distrito Escolar de La Mesa-Spring Valley reconoce que algunos niños necesitan tomar medicamentos en la escuela. Para animar que asistan a la escuela, el personal escolar podrá ayudar en llevar a cabo las recomendaciones del médico. Sin embargo, pedimos se observen las siguientes precauciones para la seguridad de sus hijos y de los demás y para acatar con la ley.

1. Solamente medicamentos recetados por un **médico con licencia de California**, los cuales son necesarios que el alumno tome en la manera alistada en este formulario, pueden ser traídos a la escuela. También se requiere permiso por escrito de los padres de familia.
2. Todo medicamento DEBE TRAERSE A LA OFICINA DE SALUD POR UN ADULTO y junto con el formulario 09562 "Autorización y plan para administrar medicamento," el formulario "Plan de acción escolar para el tratamiento de asma" o el formulario "Plan de acción en caso de una emergencia alérgica" firmados por los padres de familia o tutores legales y el médico del(de la) niño(a).
3. Todo medicamento que se traiga a la escuela debe estar bajo llave en la oficina de salud y será dispensado por un personal capacitado de acuerdo a las provisiones alistadas en este formulario. Cualquier instrucción especial de almacenamiento o medidas de seguridad deben ser por escrito por el médico y proporcionadas al personal escolar.
4. La receta o el envase del fabricante debe estar claramente marcado, y acorde con el formulario "Autorización y plan para administrar medicamento" y debe incluir la siguiente información:
  - Nombre del alumno
  - Nombre del médico que recetó el medicamento
  - Nombre de la farmacia que dispensó el medicamento o el fabricante
  - Debe estar incluida la fecha de vencimiento
  - Nombre y potencia del medicamento y la cantidad de la dosis
  - Método de administración (oral, inhalada, tópico, etc.)
  - Especifique la hora y(o) situaciones específicas para administrar el medicamento. *(Los padres de familia pueden pedir al farmacéutico un "paquete para la escuela" – un envase específicamente para la escuela que contenga claramente marcado el horario para administrar la dosis en la escuela.*
5. Medicamentos que se despachan sin receta médica deben estar en su envase original marcado con el nombre del alumno y deben incluir las instrucciones escritas por el médico.
6. Los alumnos que cargan en su persona y administran su propio medicamento deben tener el consentimiento por escrito del médico. Los alumnos deben cumplir con la orden tal como fue escrita y mantener la seguridad del medicamento a toda hora. Los alumnos que necesitan medicamento cuando están en la escuela pueden cargar el medicamento en su persona (tal como: inhaladores para el asma, insulina, inyecciones contra severas reacciones alérgicas (Epi-Pen) y pueden administrarse dicho medicamento bajo la supervisión del personal escolar, con tal que se cumplan las siguientes condiciones. (1) Una declaración firmada por el médico con la siguiente información: (a) nombre del medicamento, (b) cómo debe utilizarse, (c) dosis, (d) comprobante que el alumno puede administrar su propio medicamento. (2) Una declaración por escrito de los padres de familia/padres adoptivos/tutor legal con la siguiente información: (a) comprobante que el alumno puede administrar su propio medicamento, (b) autorización permitiendo a la enfermera de la escuela u otro designado personal escolar que consulte con el médico si surgen preguntas o aspectos que atañen, (c) carta que exime al distrito escolar y al personal escolar de la responsabilidad civil si el alumno sufre de una adversa reacción al administrarse su propio medicamento.
7. Se debe llenar un nuevo formulario de la "Autorización y plan para administrar medicamento" o el formulario del "Plan de acción escolar para el tratamiento de asma" si hay un cambio en la dosis, el horario, o método de administración. **Será válido solamente para el ciclo escolar actual.**
8. Si no existe una autorización médica actual, los padres de familia pueden traer el medicamento y administrar el medicamento a sus hijos en la oficina de salud. Los padres de familia deben llevarse el medicamento, debido a que no se guardará ningún medicamento en la oficina de salud sin tener archivado el formulario actual de la autorización y plan para administrar medicamento. El padre(madre) designado(a) puede administrar el medicamento a su hijo(a) si llama a la persona encargada de la oficina de salud y aporta una autorización verbal.
9. Los medicamentos deben ser recogidos por los padres de familia o tutores legales **AL FINAL DEL CICLO ESCOLAR O SERÁN DESECHADOS.**
10. Los alumnos que tienen un Programa de Educación Individualizada (IEP, por sus siglas en inglés) actual de Educación Especial, este formulario de "Autorización y plan para administrar medicamento" sirve como un "Plan individual de salud" (IHP, por sus siglas en inglés) que se incluye en el archivo de Educación Especial.