

School Year: _____

This authorization is valid for the current school year only

Name: _____

Birthdate: _____

Asthma Severity: Intermittent Mild Persistent Moderate Persistent Severe Persistent
 He/she has had many or severe asthma attacks/exacerbations

Green Zone Have the child take these medicines every day, even when the child feels well.

Always use a spacer with inhalers as directed.

Controller Medicine(s): _____

Controller Medicine(s) Given in School: _____

Rescue Medicine: Albuterol/Levalbuterol _____ puffs every four hours as needed

Exercise Medicine: Albuterol/Levalbuterol _____ puffs 15 minutes before activity as needed

Yellow Zone Begin the sick treatment plan if the child has a cough, wheeze, shortness of breath, or tight chest. Have the child take all of these medicines when sick.

Rescue Medicine: Albuterol/Levalbuterol _____ puffs every 4 hours as needed

Controller Medicine(s):

Continue Green Zone medicines: _____

Add: _____

Change: _____

If the child is in the **yellow** zone more than **24** hours or is getting worse, follow **red** zone and call the doctor right away!

Red Zone If breathing is hard and fast, ribs sticking out, trouble walking, talking, or sleeping.
Get Help Now

Take rescue medicine(s) now

Rescue Medicine: Albuterol/Levalbuterol _____ puffs every _____

Take: _____

If the child is not better right away, call 911
 Please call the doctor any time the child is in the red zone.

Asthma Triggers: (List)

School Staff: Follow the Yellow and Red Zone plans for rescue medicines according to asthma symptoms. Unless otherwise noted, the only controllers to be administered in school are those listed as "given in school" in the green zone.

- Both the asthma provider and the parent feel that the child may carry and self-administer their inhalers
 School nurse agrees with student self-administering the inhalers

Asthma Provider Printed Name and Contact Information:

Asthma Provider Signature:

Date:

Parent/Guardian: I give written authorization for the medications listed in the action plan to be administered in school by the nurse or other school members as appropriate. I consent to communication between the prescribing health care provider/clinic, the school nurse, the school medical advisor and school-based health clinic providers necessary for asthma management and administration of this medication.

Parent/guardian signature:

School Nurse Reviewed:

Date:


Date:

Please send a signed copy back to the provider listed above.

Nombre:

Fecha de nacimiento:

Gravedad del asma: Intermitente Persistente suave Persistente moderada Persistente grave
 Él/ella ha tenido muchos o graves ataques de asma/exacerbaciones

 **Zona Verde** El niño debe tomar estos medicamentos todos los días, incluso cuando se siente bien.


Siempre use espaciador con los inhaladores según las instrucciones.

Medicamento(s) de control: _____

Medicamento(s) de control dado en la escuela: _____

Medicamento de rescate: Albuterol/Levalbuterol _____ puffs cada cuatro horas según sea necesario

Medicamento de ejercicio: Albuterol/Levalbuterol _____ puffs 15 minutos antes de la actividad según sea necesario

 **Zona Amarilla** Comience el plan de tratamiento para enfermedad si el niño tiene tos, sibilancias, falta de aire u opresión en el pecho. El niño debe tomar todos estos medicamentos cuando está enfermo.

Medicamento de rescate: Albuterol/Levalbuterol _____ puffs cada 4 horas según sea necesario


Medicamento(s) de control

Pasar a medicamentos de Zona Verde: _____

Agregar: _____

Cambia: _____

Si el niño está en la Zona Amarilla más de 24 horas o si empeora, pase a la Zona Roja y **LLAME AL MÉDICO DE INMEDIATO**

 **Zona Roja** Si la respiración es dificultosa y rápida, sobresalen las costillas, hay dificultad para caminar, hablar o dormir.
Pida ayuda ya mismo

Tomar medicamento(s) de rescate ahora

Medicamento de rescate: Albuterol/Levalbuterol _____ puffs cada _____

Tomar: _____

Si el niño no mejora de inmediato, llame al 911

Por favor, llame al doctor en cualquier momento si el niño está en la Zona Roja.

Disparadores de asma: (Lista)

Personal escolar: Siga los planes de la Zona Amarilla y de la Zona Roja para medicamentos de rescate según los síntomas del asma. A menos que se estipule otra cosa, los únicos controles que se darán en la escuela son los listados en la Zona Verde como "dados en la escuela".

- Tanto la persona a cargo de cuidar el asma como el padre/la madre creen que el niño puede llevar y autoadministrarse sus inhaladores
 La enfermera escolar está de acuerdo en que el alumno se autoadministre los inhaladores

Nombre en imprenta e información de contacto de quien atiende el asma:

Firma de quien atiende el asma:

Fecha:

Madre o padre/Tutor: Autorizo por escrito para que los medicamentos listados en el plan de acción sean dados en la escuela por la enfermera u otro personal escolar según sea apropiado. Autorizo la comunicación entre el profesional médico que prescriba el tratamiento/la clínica, la enfermera escolar, el asesor médico escolar y los proveedores de cuidados médicos que estén en la escuela necesarios para el tratamiento del asma y la administración de este medicamento.

Firma de padre-madre/tutor:

Revisado por enfermera escolar:

Fecha:

Fecha:

Por favor, envíe una copia firmada al proveedor antes detallado.