



Grade: _____ Student ID: _____

School Asthma Plan

Student _____ Date of birth _____ Allergies _____

Check all items that trigger or make your asthma worse:

- Animals Bee/insect sting Latex Dust Changes in temperature Cold weather Exercise Molds
- Pollen Strong odors Foods _____ Other _____

TO BE COMPLETED BY STUDENT'S PHYSICIAN/HEALTHCARE PROVIDER

Control Medications (given at home)

Green Zone: Doing Well (no cough, no wheeze or other symptoms; can do usual activities)

Take control medications at home daily. Personal best peak flow: _____

Exercise: Albuterol Levalbuterol _____ puffs 5 to 15 minutes before activity

with all activity as needed If peak flow is below _____

Yellow Zone: Getting Worse (cough, wheeze, chest tight, shortness of breath; affecting usual activities)

Add quick relief medication:

_____ 2puffs or 4puffs every 20 minutes for up to 1 hour

_____ via nebulizer, may repeat every _____ minutes up to _____ times

Add school control medication: _____

Recommendations to limit/avoid the things that make asthma worse:

Limit outdoor exertion when AQI is unhealthy Keep student indoors when AQI is unhealthy

Other: _____

Peak flow: _____ to _____ (50-79% of personal best)

Red Zone: Medical Alert (very short of breath, quick relief medication not helping, cannot do usual activities)

Retractions 3 or more sites; inspiratory/expiratory wheezing to diminished breath sounds; severe dyspnea (speaks in single words/short phrases); SpO2 less than 90% on room air; elevated respiratory rate

Quick relief medication and contact parent promptly:

_____ 2puffs or 4puffs or 6puffs every _____ minutes up to _____ times

_____ via nebulizer, may repeat every _____ minutes up to _____ times

CALL 911 IF STUDENT DOES NOT IMPROVE QUICKLY OR HEALTHCARE PROVIDER/PARENTS CANNOT BE REACHED.

Student Self-Administration *Texas law permits students to carry and use prescription inhalers at school*

(Backup medication at school is recommended in case a student forgets or loses their medication.)

This student has been instructed in the proper use of his/her asthma medications, and both the provider and the parent feel the student may carry and self-administer their inhaler at school.

Student is to notify his/her designated school health staff after using inhaler at school.

Student needs supervision or assistance, and should **NOT** carry his/her inhaler while at school.

(Physician/Provider Signature) (Print Name) (Date) (Phone)

I request and authorize Rockwall ISD to implement this health plan. I understand that any qualified employee may be designated to administer medication. I understand it is my responsibility to provide my child's prescribed medication, and assure he/she has their medication at school and school activities if they are permitted to carry it. I authorize the school nurse and prescribing healthcare provider to confidentially discuss or clarify this health plan and the student's response to the medication as required by law.

Parent/Guardian Signature: _____ Phone: _____ Date _____



Grade: _____ Student ID: _____

Plan escolar par el asthma

Nombre del estudiante _____ Fecha de nacimiento _____ Alergia: _____

Marque todos los artículos que le causan el asma o la empeoran:

- animales picadura de abeja/insecto látex polvo cambios de temperatura clima frío ejercicio
- moldes polen olores fuertes
- alimentos _____ otro _____

LO DEBERÁ LLENAR EL MÉDICO DEL ESTUDIANTE/EL PROVEEDOR DE LA SALUD

Medicinas de control (dadas en casa):

La zona verde: Está bien (no tiene tos, respiración sibilante u otros síntomas; puede hacer las actividades cotidianas)

Tomar medicinas de control diariamente en la casa. Mejor flujo máximo personal: _____

Ejercicio tome 2soplos o 4soplos _____ 5 a 15 minutos antes del ejercicio

con toda actividad cuando sea necesario si llega al máximo a continuación _____

La zona amarilla: Está empeorando (tos, respiración sibilante, opresión en el pecho, dificultad al respirar; le afecta las actividades cotidianas)

Agregar la medicina de alivio rápido:

_____ 2soplos o 4soplos cada 20 minutos por hasta 1 hora

_____ vía nebulizador, puede repetirse cada _____ minutos hasta _____ veces

Agregar medicina de control en la escuela: _____

Recomendaciones de limitar/evitar las cosas que empeoran el asma:

- Limitar el esfuerzo al aire libre cuando el índice de calidad del aire no sea saludable
- Mantener al estudiante dentro del edificio cuando el índice de calidad del aire no sea saludable
- Otro: _____

Flujo máximo: _____ a _____ (50-79% de la mejor medición personal)

La zona roja: Alerta médica (mucha dificultad para respirar, el medicamento de alivio rápido no está funcionando, no puede hacer las actividades cotidianas)

Retracciones 3 o más sitios; sibilancias inspiratorias/espíatorias a sonidos respiratorios que se van disminuyendo; disnea grave (habla con palabras sueltas/frases cortas); SpO2 menos del 90% del aire de la habitación; frecuencia respiratoria elevada

Medicina de alivio rápido y contactar al padre de familia inmediatamente:

_____ 2soplos o 4soplos o 6 soplos cada _____ minutos hasta _____ veces

_____ vía nebulizador, puede repetirse cada _____ minutos hasta _____ veces

LLAMAR AL 911 SI EL ESTUDIANTE NO MEJORA RÁPIDAMENTE O SI NO SE PUEDE CONTACTAR AL PROVEEDOR DEL CUIDADO DE LA SALUD/A LOS PADRES DE FAMILIA.

El estudiante y la auto-suministración La ley de Texas les permite a los estudiantes portar y usar inhaladores con receta médica en la escuela (Se recomienda tener medicamentos de repuesto en la escuela en caso de que se le olvide al estudiante o pierda su medicamento.)

- Se le ha enseñado a este estudiante el uso apropiado de su medicamento para el asma, y tanto el proveedor como el padre de familia piensan que el estudiante puede portar y suministrarse él mismo su inhalador en la escuela.
- El estudiante deberá notificarle al personal escolar de la salud designado después de usar el inhalador en la escuela.
- El estudiante necesita supervisión o ayuda, y NO debe portar su medicamento de emergencia en la escuela.

(Physician/Provider Signature)

(Print Name)

(Date)

(Phone)

Solicito y autorizo al Distrito Escolar Independiente de Rockwall a implementar este plan de salud. Entiendo que cualquier empleado calificado puede ser designado para suministrar medicamentos. Entiendo que es mi responsabilidad proporcionarle los medicamentos recetados a mi hijo y asegurarme de que los tenga en la escuela y en las actividades escolares si se le permite llevarlos consigo. Autorizo a la enfermera de la escuela y al proveedor de atención médica que receta a discutir o aclarar de manera confidencial este plan de salud y la respuesta del estudiante al medicamento según lo exige la ley.

Firma del padre de familia/Representante legal: _____ Teléfono: _____ Fecha _____