



LISTA DE VERIFICACIÓN MÉDICA DE LOS PADRES: ¡Por favor, lea atentamente!

- **Las enfermeras de la escuela estarán presentes en las respectivas escuelas para recibir documentación a partir del 4 de mayo. Todos los documentos médicos DEBEN ser recibidos antes del 16 de junio.**

Newark Tech Campus
Ms. Cheryl Hamilton, RN, BS, CSN

Donald M. Payne, Sr. Campus
Ms. Dionne Pace, RN,BSN, CSN
Ms. Amanda Gordon, RN

West Caldwell Tech Campus
Ms. Bonnie Rogers, RN, BSN, CSN

- **¡ASEGÚRESE DE QUE EL PADRE/TUTOR Y EL MÉDICO DE SU HIJO/A COMPLETEN TODO EL DOCUMENTO!**
- No espere; Haga la cita ahora con el médico de su hijo/a. ¡Su hijo/a será excluido de la escuela si su expediente médico está incompleto!
- Llene los formularios por completo con bolígrafo (no lápiz)
- Asegurese que el doctor firme, le ponga fecha, y el sello oficial antes de salir de la oficina (* Los exámenes físicos solo son efectivos por un (1) año a partir de la fecha del examen físico)
- El no proveer un examen físico completo resultará en la exclusión de las excursiones de gimnasio / deportes / campo. La exclusión del gimnasio tendrá un impacto negativo en la calificación general del estudiante.
- Solicite que la escuela de octavo grado de su hijo/a envíe el registro de salud original del estudiante
- Si su hijo/a usa anteojos o lentes de contacto, visite a un oculista antes de que comience la escuela.
- Recuérdele a su hijo/a que cuidar de sus contactos es su responsabilidad (siempre lleve consigo un estuche y solución de contacto de repuesto)
- Si su hijo/a usa un * inhalador, el médico de su hijo/a deberá firmar el Plan de tratamiento del asma y usted deberá firmar el reverso del formulario y proveer un inhalador de repuesto para el consultorio médico de la escuela. El inhalador debe acompañar a su hijo/a en TODAS las excursiones. Si su hijo/a utiliza un * EpiPen, el médico de su hijo/a deberá completar un Plan de acción contra la alergia y el EpiPen debe acompañar a su hijo/a en TODAS las excursiones; un paquete EpiPen de repuesto debe enviarse a la oficina médica de la escuela; los archivos médicos incompletos significarán que su hijo/a NO podrá viajar en excursiones o en el gimnasio de la escuela.
- Anime a su hijo/a a tener a mano la ropa de repuesto en la escuela en caso de emergencias
- Si su hijo/a sufre de calambres menstruales. Pídale que tome medicamentos para el dolor antes de venir a la escuela (o haga que el médico complete el formulario del medicamento incluido en este paquete y proveale el medicamento al consultorio médico de la escuela).
- Recuerde actualizar a las enfermeras de la escuela cada vez que su hijo/a reciba una vacuna (vacuna de refuerzo)
- Siempre tenga a alguien disponible para recoger a su hijo/a de la escuela, si es necesario.
- Las notas médicas que justifiquen una ausencia deben entregarse el día que el estudiante regrese a la escuela
- Cualquier dispositivo de asistencia (por ejemplo, muletas, tirantes de tobillos, cabestrillo para el brazo, etc.) requiere una orden / nota del médico
- Si su hijo/a tiene un diagnóstico especial (presión arterial alta, diabetes, etc.), notifique a la oficina médica ANTES DE COMENZAR EN LA ESCUELA
- Devuelva todas las llamadas de las enfermeras escolares tan pronto le sea posible

Para contactar a las enfermeras de la escuela del estudiante, use el correo electrónico.

NT: CHamilton@essextech.org; **PT:** DPace@essextech.org OR AGordon@essextech.org; **WCT:** BRogers@essextech.org



Essex County Vocational Technical Schools BOARD OF EDUCATION

REV. EDWIN D. LEAHY, O.S.B.
PRESIDENT

ADRIANNE DAVIS
VICE PRESIDENT

MEMBERS
SALVATORE CARNOVALE
LEESANDRA MEDINA
DR. CHRIS T. PERNELL
KEVIN RYAN

DR. JAMES M. PEDERSEN
SUPERINTENDENT

DICXIANA A. CARBONELL, Ed.S.
ASSISTANT SUPERINTENDENT OF SCHOOLS
FOR CURRICULUM & INSTRUCTION

BERNETTA DAVIS
BUSINESS ADMINISTRATOR

M. MURPHY DURKIN, ESQ.
BOARD ATTORNEY

Escuela anterior: _____

El médico escolar estará aquí en: _____

LOS PADRES:

NOTICIA DE ADVERTENCIA SOBRE LOS EXAMENES FISICOS

Debido a un cambio en el Código Administrativo de Nueva Jersey (N.J.A.C. 6A:16-22) "cada exanimación medica debe de ser conducida en la casa medica [el médico de la familia o el proveedor de salud] del estudiante." Por ejemplo, el médico del estudiante o enfermera/enfermera clínica especialista es aceptable.

Si cualquier estudiante no tiene una casa médica (doctor), el médico escolar hará el examen médico en la oficina escolar del distrito, **después que el padre o encargado firme el formulario indicando que no tiene un médico de familia o proveedor de salud.**

Nombre del Estudiante (Letra de Molde)

Grado/Numero de Identificación

(Marque uno)

_____ recibirá el examen físico del médico de familia o proveedor de salud.

_____ no tenemos médico de familia y necesitare el examen físico del distrito.

(Marque uno)

_____ Mi hijo(a) tiene seguro medico.

_____ Mi hijo(a) no tienen seguro médico y estoy interesado(a) en que la enfermera de la escuela me dé información acerca del plan de seguro del estado de New Jersey.

**Todo estudiante nuevo en nuestro distrito
tiene que tener un examen físico para poder
participar En la clase de Educación Física.
NO FISICO, NO EDUCACION FISICA!**

Firma del Padre/Encargado

Renovar Anualmente

Fecha

EVALUACIÓN FÍSICA – PRE-PARTICIPACIÓN

FORMULARIO DE HISTORIAL MÉDICO

(Nota: Este formulario debe ser rellenado por el paciente y padre/madre antes de ver al doctor. El doctor debe mantener este formulario en el expediente)

Fecha del examen _____

Nombre _____ Fecha de nacimiento _____

Sexo _____ Edad _____ Grado _____ Escuela _____ Deporte(s) _____

Medicamentos y Alergias: Por favor, indica todos los medicamentos con y sin receta médica y suplementos (herbales y nutricionales) que estás tomando actualmente

Tienes alergias Sí No Si la respuesta es sí, por favor identifica abajo la alergia específica.
 Medicamentos Polen Comida Picaduras de insecto

Explica abajo las preguntas respondidas con un "sí". Pon un círculo alrededor de las preguntas cuyas respuestas desconoces.

PREGUNTAS GENERALES	Sí	No
1. ¿Alguna vez un doctor te ha prohibido o limitado tu participación en deportes por alguna razón?		
2. ¿Tienes actualmente alguna condición médica? Si es así, por favor identifícala abajo: <input type="checkbox"/> Asma <input type="checkbox"/> Anemia <input type="checkbox"/> Diabetes <input type="checkbox"/> Infecciones Otro: _____		
3. ¿Has sido ingresado alguna vez en el hospital?		
4. ¿Has tenido cirugía alguna vez?		
PREGUNTAS SOBRE LA SALUD DE TU CORAZÓN	Sí	No
5. ¿Te has desmayado alguna vez o casi te has desmayado DURANTE o DESPUÉS de hacer ejercicio?		
6. ¿Has tenido alguna vez molestias, dolor o presión en el pecho cuando haces ejercicio?		
7. ¿Alguna vez has sentido que tu corazón se acelera o tiene latidos irregulares cuando haces ejercicio?		
8. ¿Te ha dicho alguna vez un doctor que tienes un problema de corazón? Si es así, marca el que sea pertinente <input type="checkbox"/> Presión alta <input type="checkbox"/> Un soplo en el corazón <input type="checkbox"/> Nivel alto de colesterol <input type="checkbox"/> Una infección en el corazón <input type="checkbox"/> Enfermedad de Kawasaki <input type="checkbox"/> Otro: _____		
9. ¿Alguna vez un doctor te ha pedido que te hagas pruebas de corazón? (Por ejemplo, ECG/EKG, ecocardiograma)		
10. ¿Te sientes mareado o te falta el aire más de lo esperado cuando haces ejercicio?		
11. ¿Has tenido alguna vez una convulsión inexplicable?		
12. ¿Te cansas más o te falta el aire con más rapidez que a tus amigos cuando haces ejercicio?		

PREGUNTAS SOBRE LA SALUD DEL CORAZÓN DE TU FAMILIA	Sí	No
13. ¿Has tenido algún familiar que ha fallecido a causa de problemas de corazón o que haya fallecido de forma inexplicable o inesperada antes de la edad de 50 años (Incluyendo ahogo, accidente de tráfico inesperado, o síndrome de muerte súbita infantil)?		
14. ¿Sufrir alguien en tu familia de cardiomiopatía hipertrófica, síndrome Marfan, cardiomiopatía arritmogénica ventricular derecha, síndrome de QT corto, síndrome de Brugada, o taquicardia ventricular polimórfica catecolaminérgica?		
15. ¿Alguien en tu familia tiene problemas de corazón, un marcapasos o un desfibrilador implantado en su corazón?		
16. ¿Ha sufrido alguien en tu familia un desmayo inexplicable, convulsiones inexplicables, o casi se ha ahogado?		
PREGUNTAS SOBRE HUESOS Y ARTICULACIONES	Sí	No
17. ¿Alguna vez has perdido un entrenamiento o partido porque te habías lesionado un hueso, músculo, ligamento o tendón?		
18. ¿Te has roto o fracturado alguna vez un hueso o dislocado una articulación?		
19. ¿Has sufrido alguna vez una lesión que haya requerido radiografías, resonancia (MRI) tomografía, inyecciones, terapia, un soporte ortopédico/tabilla, un yeso, o muletas?		
20. ¿Has sufrido alguna vez una fractura por estrés?		
21. ¿Te han dicho alguna vez que tienes o has tenido una radiografía para diagnosticar inestabilidad del cuello o inestabilidad atlantoaxial? (Síndrome de Down o enanismo)		
22. ¿Usas regularmente una tabilla/soporte ortopédico, ortesis, u otro dispositivo de asistencia?		
23. ¿Tienes una lesión en un hueso, músculo o articulación que te esté molestando?		
24. ¿Algunas de tus articulaciones se vuelven dolorosas, inflamadas, se sienten calientes, o se ven enrojecidas?		
25. ¿Tienes historial de artritis juvenil o enfermedad del tejido conectivo?		

(Por favor, continúa)

PREGUNTAS MÉDICAS	Sí	No
26. ¿Toses, tienes silbidos o dificultad para respirar durante o después de hacer ejercicio?		
27. ¿Has usado alguna vez un inhalador o has tomado medicamento para el asma?		
28. ¿Hay alguien en tu familia que tenga asma?		
29. ¿Naciste sin o te falta un riñón, un ojo, un testículo (varones), el bazo, o algún otro órgano?		
30. ¿Tienes dolor en la ingle o una protuberancia o hernia dolorosa en el área de la ingle?		
31. ¿Has tenido mononucleosis (mono) infecciosa en el último mes?		
32. ¿Tienes algún sarpullido, llagas, u otros problemas en la piel?		
33. ¿Has tenido herpes o infección de SARM en la piel?		
34. ¿Has sufrido alguna vez una lesión o contusión en la cabeza?		
35. ¿Has sufrido alguna vez un golpe en la cabeza que te haya producido una confusión, dolor de cabeza prolongado, o problemas de memoria?		
36. ¿Tienes un historial de un trastorno de convulsiones?		
37. ¿Tienes dolores de cabeza cuando haces ejercicio?		
38. ¿Has tenido entumecimiento, hormigueo, o debilidad en los brazos o piernas después de haber sufrido un golpe o haberte caído?		
39. ¿Has sido alguna vez incapaz de mover los brazos o las piernas después de haber sufrido un golpe o haberte caído?		
40. ¿Te has enfermado alguna vez al hacer ejercicio cuando hace calor?		
41. ¿Tienes calambres frecuentes en los músculos cuando haces ejercicio?		
42. ¿Tienes tú o alguien en tu familia el rasgo drepanocítico o la enfermedad drepanocítica?		
43. ¿Has tenido algún problema con los ojos o la vista?		
44. ¿Has sufrido alguna lesión o daño en los ojos?		
45. ¿Usas lentes o lentes de contacto?		
46. ¿Usas protección para los ojos, tal como lentes protectoras o un escudo facial?		
47. ¿Te preocupa tu peso?		
48. ¿Estás intentando aumentar o perder de peso o alguien te ha recomendado que lo hagas?		
49. ¿Estás siguiendo alguna dieta especial o evitas ciertos tipos de comida?		
50. ¿Has tenido alguna vez un trastorno alimenticio?		
51. ¿Tienes alguna preocupación de la que quieras hablar con el doctor?		

SÓLO PARA MUJERES	Sí	No
52. ¿Has tenido alguna vez el período menstrual?		
53. ¿Qué edad tenías cuando tuviste tu primer período menstrual?		
54. ¿Cuántos períodos has tenido en los últimos 12 meses?		

Explica aquí las preguntas a las que respondiste con un "sí"

Yo por la presente declaro que, según mi más leal saber y entender, mis respuestas a las preguntas anteriores están completas y son correctas.

Firma del atleta _____

Firma del padre/madre/tutor legal _____

Fecha _____

NOTE: The preparticipation physical examination must be conducted by a health care provider who 1) is a licensed physician, advanced practice nurse, or physician assistant; and 2) completed the Student-Athlete Cardiac Assessment Professional Development Module.

PREPARTICIPATION PHYSICAL EVALUATION PHYSICAL EXAMINATION FORM

Name _____ Date of birth _____

PHYSICIAN REMINDERS

- Consider additional questions on more sensitive issues
 - Do you feel stressed out or under a lot of pressure?
 - Do you ever feel sad, hopeless, depressed, or anxious?
 - Do you feel safe at your home or residence?
 - Have you ever tried cigarettes, chewing tobacco, snuff, or dip?
 - During the past 30 days, did you use chewing tobacco, snuff, or dip?
 - Do you drink alcohol or use any other drugs?
 - Have you ever taken anabolic steroids or used any other performance supplement?
 - Have you ever taken any supplements to help you gain or lose weight or improve your performance?
 - Do you wear a seat belt, use a helmet, and use condoms?
- Consider reviewing questions on cardiovascular symptoms (questions 5–14).

EXAMINATION		
Height _____	Weight _____	<input type="checkbox"/> Male <input type="checkbox"/> Female
BP _____ / _____ (_____ / _____)	Pulse _____	Vision R 20/ _____ L 20/ _____ Corrected <input type="checkbox"/> Y <input type="checkbox"/> N
MEDICAL	NORMAL	ABNORMAL FINDINGS
Appearance • Marfan stigmata (kyphoscoliosis, high-arched palate, pectus excavatum, arachnodactyly, arm span > height, hyperlaxity, myopia, MVP, aortic insufficiency)		
Eyes/ears/nose/throat • Pupils equal • Hearing		
Lymph nodes		
Heart ^a • Murmurs (auscultation standing, supine, +/- Valsalva) • Location of point of maximal impulse (PMI)		
Pulses • Simultaneous femoral and radial pulses		
Lungs		
Abdomen		
Genitourinary (males only) ^b		
Skin • HSV, lesions suggestive of MRSA, tinea corporis		
Neurologic ^c		
MUSCULOSKELETAL		
Neck		
Back		
Shoulder/arm		
Elbow/forearm		
Wrist/hand/fingers		
Hip/thigh		
Knee		
Leg/ankle		
Foot/toes		
Functional • Duck-walk, single leg hop		

^aConsider ECG, echocardiogram, and referral to cardiology for abnormal cardiac history or exam.
^bConsider GU exam if in private setting. Having third party present is recommended.
^cConsider cognitive evaluation or baseline neuropsychiatric testing if a history of significant concussion.

- Cleared for all sports without restriction
- Cleared for all sports without restriction with recommendations for further evaluation or treatment for _____
- Not cleared
- Pending further evaluation
- For any sports
- For certain sports _____
- Reason _____

Recommendations: _____

I have examined the above-named student and completed the preparticipation physical evaluation. The athlete does not present apparent clinical contraindications to practice and participate in the sport(s) as outlined above. A copy of the physical exam is on record in my office and can be made available to the school at the request of the parents. If conditions arise after the athlete has been cleared for participation, a physician may rescind the clearance until the problem is resolved and the potential consequences are completely explained to the athlete (and parents/guardians).

Name of physician, advanced practice nurse (APN), physician assistant (PA) (print/type) _____ Date of exam _____

Address _____ Phone _____

Signature of physician, APN, PA _____

PREPARTICIPATION PHYSICAL EVALUATION CLEARANCE FORM

Name _____ Sex M F Age _____ Date of birth _____

Cleared for all sports without restriction
 Cleared for all sports without restriction with recommendations for further evaluation or treatment for _____

Not cleared
 Pending further evaluation
 For any sports
 For certain sports _____
Reason _____

Recommendations _____

EMERGENCY INFORMATION

Allergies _____

Other information _____

HCP OFFICE STAMP

SCHOOL PHYSICIAN:

Reviewed on _____ (Date)

Approved _____ Not Approved _____

Signature: _____

I have examined the above-named student and completed the preparticipation physical evaluation. The athlete does not present apparent clinical contraindications to practice and participate in the sport(s) as outlined above. A copy of the physical exam is on record in my office and can be made available to the school at the request of the parents. If conditions arise after the athlete has been cleared for participation, the physician may rescind the clearance until the problem is resolved and the potential consequences are completely explained to the athlete (and parents/guardians).

Name of physician, advanced practice nurse (APN), physician assistant (PA) _____ Date _____

Address _____ Phone _____

Signature of physician, APN, PA _____

Completed Cardiac Assessment Professional Development Module

Date _____ Signature _____



Essex County Schools of Technology

OFFICE OF STUDENT RELATED SERVICES

REGISTRO DEPORTIVO ATLETICO

Por favor complete y devuelva a la oficina médica

Escuela anterior del estudiante _____

Nombre del estudiante _____ Grado _____ Fecha de Nacimiento _____

Numero de teléfono de casa _____

(1) Nombre del padre / tutor _____ (Relación) _____

Número de teléfono _____

(2) Nombre del padre / tutor _____ (Relación) _____

Número de teléfono _____

Proporcione un correo electrónico donde pueda recibir notificaciones:

Círcule cualquier deporte que le interese a su hijo/a:

Fútbol femenino / masculino / Cross Country / Volleyball femenino / masculino / Baloncesto femenino / masculino / Softbo
/ Béisbol / Atletismo; Campo / Porristas / Bolos

Entregue la parte inferior de esta hoja a la enfermera de la escuela del 8º grado

Por favor pregunte que la enfermera de su hijo/a mande el record original de salud a la enfermera de la High School

Essex County Schools of Technology
Donald M. Payne, Sr. School of Technology
498-544 W. Market St.
Newark, NJ 07107
ATTENTION: Medical Office

Essex County Schools of Technology
Newark Tech Campus
91 W. Market St.
Newark, NJ 07107
ATTENTION: Medical Office

Essex County Schools of Technology
West Caldwell Tech Campus
620 Passaic Ave
West Caldwell, NJ 07006
ATTENTION: Medical Office

Dear School Nurse:

_____ [Student's name (please print)] will be attending
_____ **CAMPUS** for the 20__/20__ school year. At the end of the current school year
[2019/2020]. Please send the original A45/immunization/medical record to the above address.

Parent's Signature _____ Date _____



Essex County Schools of Technology

Office of Student-Related Services

PERMISSION FOR ADMINISTRATION OF MEDICATION BY SCHOOL NURSE

NO MEDICATIONS ARE TO BE BROUGHT INTO SCHOOL
WITHOUT SUBMITTING THIS FORM.
FORM MUST BE SIGNED BY YOUR CHILD'S DOCTOR.

MEDICATION DISPENSING FORM-PARENT/GUARDIAN

I request that the enclosed medication, in the original container, be administered to _____ (student's name)
I give the school nurse permission to contact the physician and/or pharmacist with any questions concerning the medication.

Student's Age _____ Grade _____ School _____

Name and Strength of Medication _____

Time of Administration _____ Dosage _____ Prescription _____ Non-Prescription _____

Reason for Medication _____

Effective dates: from _____ 20____ to _____ 20____

Parent/Guardian Signature _____ Date _____ Home Telephone _____ Work Telephone _____

MEDICATION FORM-PHYSICIAN

Patient's Name _____

Medication: Name, Strength, Dosage, Time of Administration: _____

Purpose of Medication: _____

Physician's Name _____ Physician's Signature _____

Physician's Stamp (should include address and phone#) _____ Date _____

PERMISSION FOR SELF-ADMINISTRATION OF MEDICATION BY STUDENTS LISTED BELOW

PHYSICIAN'S FORM FOR EMERGENCY/SELF-ADMINISTERED MEDICATION

It is essential that _____ (student's name) be permitted to carry and administer the following medication for the purpose of treating _____ (diagnosis). This should be done under the supervision of the school nurse whenever possible. In the case of an emergency, or if the school nurse is not in the building, I have instructed this patient in the procedure for administration of this medication and find him/her competent to administer the medication.

Medication dosage and time of administration: _____

Physician's name _____ Physician's Signature _____

Physician's Stamp (should include address and phone#) _____ Date _____

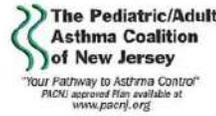
Date rec'd (office use) _____

Plan de Tratamiento del Asma - Para Estudiantes

(Este plan de acción para el asma cumple los requisitos de la ley de NJ N.J.S.A. 18A-40-12.8)

(Ordenes Medicas)

(en letra de imprenta)



Nombre	Fecha de nacimiento	Fecha de vigencia
Médico	Padre, madre o tutor (si corresponde)	Contacto de emergencia
Teléfono	Teléfono	Teléfono

SALUDABLE (Verde Zona) IIIII



Usted presenta todo esto:

- La respiración es buena
- Ausencia de tos o silbido en su pecho
- Duerme toda la noche
- Puede trabajar, hacer ejercicio y jugar

Y/o flujo máximo mas de _____

Tome este medicamento(s) todos los días. Algunos inhaladores podrían ser mas eficaces si se usan con una cámara inhaladota – úsela como fue indicada.

MEDICAMENTO	CUÁNTO tomar y CUÁNDO tomarlo
<input type="checkbox"/> Advair® HFA <input type="checkbox"/> 45, <input type="checkbox"/> 115, <input type="checkbox"/> 230	2 soplos dos veces al día
<input type="checkbox"/> Aerospantm	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 soplos dos veces al día
<input type="checkbox"/> Alvesco® <input type="checkbox"/> 80, <input type="checkbox"/> 160	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 soplos dos veces al día
<input type="checkbox"/> Dulerá <input type="checkbox"/> 100, <input type="checkbox"/> 200	2 soplos dos veces al día
<input type="checkbox"/> Flovent® <input type="checkbox"/> 44, <input type="checkbox"/> 110, <input type="checkbox"/> 220	2 soplos dos veces al día
<input type="checkbox"/> Qvar® <input type="checkbox"/> 40, <input type="checkbox"/> 80	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 soplos dos veces al día
<input type="checkbox"/> Symbicort® <input type="checkbox"/> 80, <input type="checkbox"/> 160	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 soplos dos veces al día
<input type="checkbox"/> Advair Diskus <input type="checkbox"/> 100, <input type="checkbox"/> 250, <input type="checkbox"/> 500	1 inhalación dos veces al día
<input type="checkbox"/> Asmanex® Twisthaler® <input type="checkbox"/> 110, <input type="checkbox"/> 220	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 inhalaciones <input type="checkbox"/> una vez <input type="checkbox"/> dos veces al día
<input type="checkbox"/> Flovent® Diskus® <input type="checkbox"/> 50, <input type="checkbox"/> 100, <input type="checkbox"/> 250	1 inhalación dos veces al día
<input type="checkbox"/> Pulmicort Flexhaler® <input type="checkbox"/> 90, <input type="checkbox"/> 180	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 inhalaciones <input type="checkbox"/> una vez <input type="checkbox"/> dos veces al día
<input type="checkbox"/> Pulmicort Respules® (Budesonide) <input type="checkbox"/> 0.25, <input type="checkbox"/> 0.5, <input type="checkbox"/> 1.0	1 unidad nebulizada <input type="checkbox"/> una vez <input type="checkbox"/> dos veces al día
<input type="checkbox"/> Singulair (Montelukast) <input type="checkbox"/> 4, <input type="checkbox"/> 5, <input type="checkbox"/> 10 mg	1 pastilla diaria
<input type="checkbox"/> Otro	
<input type="checkbox"/> Ninguno	

Recuerde enjuagarse la boca después de tomar medicamentos inhalados.

Si el ejercicio desencadena el asma, tome _____ soplo(s) _____ minutos antes de hacer ejercicio.

ADVERTENCIA (Amarillo Zona) IIIII



Usted tiene alguno de estos síntomas:

- Tos • Silbido leve
- Pecho apretado
- Tos nocturna
- Otro: _____

Y/o flujo máximo de _____ a _____

Llame a su doctor o vaya a la sala de emergencia si la medicina de alivio rápido no lo ayuda en 15 a 20 minutos, o ha usado la medicina mas de dos veces y los síntomas persisten.

Continúe tomando su(s) medicamento(s) de control diario y AGREGUE medicamento(s) de alivio rápida.

MEDICAMENTO	CUÁNTO tomar y CUÁNDO tomarlo
<input type="checkbox"/> Albuterol MDI (Pro-air® or Proventil® or Ventolin®)	2 soplos cada 4 horas según necesite
<input type="checkbox"/> Xopenex®	2 soplos cada 4 horas según necesite
<input type="checkbox"/> Albuterol <input type="checkbox"/> 1.25, <input type="checkbox"/> 2.5 mg	1 unidad nebulizada cada 4 horas según lo necesite
<input type="checkbox"/> Duoneb	1 unidad nebulizada cada 4 horas según lo necesite
<input type="checkbox"/> Xopenex® (Levalbuterol) <input type="checkbox"/> 0.31, <input type="checkbox"/> 0.63, <input type="checkbox"/> 1.25 mg	1 unidad nebulizada cada 4 horas según lo necesite
<input type="checkbox"/> Combivent Respimat®	1 inhalación cuatro veces al día
<input type="checkbox"/> Aumente la dosis o agregue:	
<input type="checkbox"/> Otro	

Llame a su medico si necesita la medicina de alivio rápido mas de dos veces por semana, excepto antes de hacer ejercicio.

EMERGENCIA (Rojo Zona) IIIII

Su asma empeora rápidamente:

- El medicamento de alivio rápido no le ayudó en un lapso de 15 a 20 minutos
- La respiración es difícil o rápida
- Las aletas de la nariz se abren
- Se le ven las costillas
- Tiene problemas para caminar y para hablar
- Tiene los labios azules
- Tiene las uñas azules
- Otro: _____

Y/o un flujo máximo por debajo de _____

Tome estos medicamentos AHORA y LLAME al 911. El asma puede ser una enfermedad potencialmente mortal. ¡No espere!

MEDICAMENTO	CUÁNTO tomar y CUÁNDO tomarlo
<input type="checkbox"/> Albuterol MDI (Pro-air® or Proventil® or Ventolin®)	4 soplos cada 20 minutos
<input type="checkbox"/> Xopenex®	4 soplos cada 20 minutos
<input type="checkbox"/> Albuterol <input type="checkbox"/> 1.25, <input type="checkbox"/> 2.5 mg	1 unidad nebulizada cada 4 horas según lo necesite
<input type="checkbox"/> Duoneb	1 unidad nebulizada cada 4 horas según lo necesite
<input type="checkbox"/> Xopenex® (Levalbuterol) <input type="checkbox"/> 0.31, <input type="checkbox"/> 0.63, <input type="checkbox"/> 1.25 mg	1 unidad nebulizada cada 4 horas según lo necesite
<input type="checkbox"/> Combivent Respimat®	1 inhalación cuatro veces al día
<input type="checkbox"/> Otro	

Disparadores

Marcar todos los factores que disparan el asma del paciente:

- Resfriados/ la influenza
- Ejercicios
- Alergias
 - Acaros, polvo, peluches, alfombras
 - Polen – árboles, césped, monte
 - Moho
 - Mascotas – caspa de animales
 - Pestes – ratones, cucarachas
- Olores (irritantes)
 - Humo de cigarrillo y humo de segunda mano
 - Perfumes, productos de limpieza, productos perfumados
 - Humo de la Madera
- Clima
 - Cambios bruscos de temperatura
 - Temperaturas extremas - caliente o fría
 - Días de alerta ozono
- Alimentos:
 - _____
 - _____
 - _____
 - _____
 - _____
- Otros:
 - _____
 - _____
 - _____
 - _____

Este plan de tratamiento para el asma ha sido diseñado para ayudar, no a reemplazar, la toma de decisiones clínicas requeridas para satisfacer las necesidades individuales de cada paciente.

REVISADO EN AGOSTO DE 2014
Permitido para reproducir el formulario en blanco aprobado por www.pacnj.org

SOLO PARA MENORES:

Este estudiante es capaz y se le ha enseñado el método correcto, para que se administre a sí mismo los medicamentos inhalados no nebulizados nombrados arriba, según la Ley de NJ.

Este estudiante no tiene la aprobación para automedicarse.

MÉDICO/APN/PA FIRMA _____ FECHA _____
(Ordenes Medicas)

PADRE, MADRE O TUTOR FIRMA _____

SELLO DEL MÉDICO

Save Print Print Only Selected Medicines

Haga una copia para el representante y para el archivo del medico, y envíe el original a la enfermera o al proveedor de cuidado medico.

Plan de Tratamiento del Asma - Para Estudiantes

Instrucciones para Padres/Representantes



El Plan para el Tratamiento del Asma de la Coalición contra el Asma Pediátrica y Adulta de Nueva Jersey fue diseñado para ayudar a entender los pasos necesarios que cada paciente debe seguir para alcanzar el control de su asma.

1. Pacientes/Padres/Representantes: Complete la parte izquierda del comienzo del formulario antes de dársela a su Proveedor del Cuidado de su Salud con:

- Nombre del paciente
- Nombre del padre/representante y número de teléfono
- Fecha de nacimiento del paciente
- Nombre y teléfono del contacto de emergencia del paciente
- Nombre y teléfono del doctor del paciente

2. Su Proveedor del Cuidado de Salud:

Completa las siguientes partes:

- La fecha en que el plan fue puesto en efecto
- La información de la medicina para las secciones Saludable, Precaución y Emergencia
- Su Proveedor del Cuidado de Salud marcará el casillero al lado del medicamento e indicará qué cantidad y cuántas veces debe tomar el medicamento
- Su Proveedor del Cuidado de su Salud puede que indique "OTRO" y:
 - ❖ Escribe en el formulario medicamentos de asma que no aparecen en el formulario
 - ❖ Escribe en el formulario medicamentos adicionales que controlaran su asma
 - ❖ Escribe en el formulario medicamentos genéricos en lugar de medicamentos de marcas reconocidas
- Juntos, usted y su Proveedor del Cuidado de Salud decidirán que tratamientos usted o su niño deberán seguir para mejorar su asma

3. Pacientes/Padres/Representantes y Proveedores del Cuidado de Salud:

Discutan antes de completar las siguientes partes del formulario:

- Los niveles del medidor de flujo en las secciones de: Saludable, Precaución y Emergencia, en la parte izquierda del formulario
- Los provocadores del asma del paciente en la parte derecha del formulario
- La parte de abajo del formulario es **Solamente Para Menores**: Discuta la habilidad de su niño de utilizar, sin ninguna ayuda, medicamentos inhaladores. Usted y el Proveedor de Salud de su niño deberán marcar, firmar y fechar en la parte apropiada del formulario

4. Padres/Representantes: Después de completar el formulario con su Proveedor del Cuidado de la Salud:

- Sáquele copias al Plan para el Tratamiento del Asma de su niño y déle la copia original y firmada a la enfermera de la escuela de su niño o al proveedor del cuidado de su niño
- Mantenga una copia disponible en su casa para poder manejar con facilidad el asma del niño
- Déle una copia del Plan para el Tratamiento del Asma a todas aquellas personas que le proporcionan cuidado a su niño: niñeras, personal de cuidado del niño antes o después de la escuela, entrenadores y líderes de scout

AUTORIZACION DEL PADRE/REPRESENTANTE

Yo, por medio de la presente, autorizo que mi niño reciba su medicamento en la escuela, como fue prescrito en el Plan de Tratamiento para el Asma. El medicamento mantenerse y ser aplicado en su contenido original, como fue prescrito, y debe llevar la etiqueta original, marcada por el farmacéutico o médico. También yo doy permiso para que la información médica de mi niño este a la disposición y pueda ser intercambiada entre la enfermera de la escuela y el proveedor de la salud de mi niño. Además, yo entiendo que esta información médica será compartida y estará a la disposición del personal de la escuela cuando la necesite.

Firma del Padre/Representante

Teléfono

Fecha

LLENE ESTA SECCION DE ABAJO SOLO SI SU PROVEEDOR DE SALUD INDICO, EN LA PARTE DE ENFRENTA DE ESTA FORMA, QUE SU NIÑO TIENE PERMISO PARA ADMINISTRARSE SU MEDICAMENTO DEL ASMA.

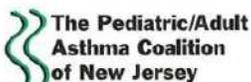
ESTAS RECOMENDACIONES SON EFECTIVAS POR (1) AÑO ESCOLAR Y DEBRAN SER ACTUALIZADAS ANUALMENTE

- Yo solicito que se le PERMITA a mi niño llevar el siguiente medicamento _____ para su administración personal en la escuela y de acuerdo con la ley de Nueva Jersey N.J.A.C.:6A:16-2.3. (siglas en ingles). Yo doy permiso para que mi niño se administre su medicamento, como fue prescrito en su Plan de Tratamiento para el Asma, durante este año escolar. Yo considero que el/ella es responsable y puede llevar, guardar y aplicarse el medicamento. El medicamento debe mantenerse en el envase original en el cual fue prescrito. Yo entiendo que el distrito de la escuela, sus directivos y empleados no serán responsables si el estudiante presenta un problema o condición debido a la aplicación de su medicamento, el cual aparece prescrito en su plan de tratamiento.
- YO NO** solicito que mi niño/a se administre el medicamento del asma en la escuela.

Firma del Padre/Representante

Teléfono

Fecha



Your Pathway to Asthma Control
PACNJ approved Plan available at
www.pacnj.org

Notas: El uso y control de la Página Web del Plan para el Tratamiento del Asma de la Coalición contra el Asma Pediátrica y Adulta de Nueva Jersey es a su propio riesgo. El contenido es proporcionado "como es". La Asociación Neojersiana del Pulmón de Nueva Jersey (ALANJ), la Coalición contra el Asma Pediátrica y Adulta de Nueva Jersey y sus afiliados, incluyen autorizaciones o implícitas, explícitas o de cualquier otro tipo en el sentido de no limitadas a autorizaciones con fines de lucro, para sus propios beneficios, y para sus propios derechos y beneficios de otras personas implicadas. ALANJ no hace ningún tipo de representación, acción o declaración de garantía de seguridad, salud, bienestar o cualquier otro tipo de autorización, representación o garantía de que la información no será interrumpida o enmendada o que no hay ningún tipo de falta en la información. En su caso, ALANJ es responsable por el uso (incluyendo pero no limitado a: errores de impresión, comunicaciones, correcciones, errores personales, errores de transcripción o datos erróneos) de la información por la interrupción de negocios debido al uso o la inestabilidad de poder usar el contenido de este Plan para el Tratamiento del Asma, usando o autorización, control, indemnización o otro tipo de teoría legal y si ALANJ ha sido o no la o de acuerdo con las prohibiciones de esta ley de datos. ALANJ y sus afiliados no son responsables por ningún tipo de reclamos causados por el uso o mal uso del Plan para el Tratamiento del Asma en esta página Web.

La Coalición contra el Asma Pediátrica y Adulta de Nueva Jersey, patrocinada por la Asociación Americana del Pulmón de Nueva Jersey, ha recibido becas del Departamento de Salud y Servicios para Personas de la Tercera Edad de Nueva Jersey, con fondos de las Centras para el Control y Prevención de Enfermedades en los Estados Unidos bajo el Acuerdo de Cooperación 5959300009-5. El contenido del material es responsabilidad de los autores y no representa necesariamente el punto de vista del NCI-SSU o el USDOH. Asimismo, este proyecto ha sido apoyado completamente y en parte por la Agencia de Protección del Ambiente bajo el acuerdo de los Estados Unidos Protección Ambiental de los Estados Unidos proporcionalmente financiado adicionalmente bajo los Acuerdos vigentes 4956196691-1 para la Asociación Americana del Pulmón de Nueva Jersey y en la cantidad de \$100,000 por el contrato de la Agencia de Protección del Ambiente de los Estados Unidos. La información en este sitio es acerca de diagnósticos y problemas de salud o tomar el lugar de las recomendaciones de un médico. Por favor, consulte a su médico para obtener más información sobre la información del proveedor de salud que usted está o el de su niño.

Sponsored by



COLOQUE LA IMAGEN AQUÍ

Nombre: _____ Fecha de nacimiento: _____

Alergia a: _____

Peso: _____ libras. Asma: Sí (mayor riesgo de reacción grave) No

NOTA: No dependa de agentes antihistamínicos ni inhaladores (broncodilatadores) para tratar una reacción grave. USE EPINEFRINA.

Extremadamente reactivo a los siguientes alimentos: _____

ENTONCES:

Si esta opción está marcada, administre epinefrina inmediatamente en caso de que se presente CUALQUIER síntoma si existe la posibilidad de que se haya ingerido el alérgeno.

Si esta opción está marcada, administre epinefrina inmediatamente si definitivamente se ingirió el alérgeno, incluso si no hay síntomas.

PARA CUALQUIERA DE LOS SIGUIENTES:

SÍNTOMAS GRAVES



PULMONES

Falta de aire, sibilancia, tos reiterada



CORAZÓN

Palidez, color azulado, desmayos, pulso débil, mareo



GARGANTA

Oclusión, voz ronca, dificultad para respirar/ tragar



BOCA

Hinchazón significativa de la lengua y/o los labios



PIEL

Muchas ronchas en el cuerpo, enrojecimiento generalizado



INTESTINO

Vómitos reiterados o diarrea grave



OTRA ÁREA

Sensación de que algo malo sucederá, ansiedad, confusión

O UNA COMBINACIÓN de síntomas de diferentes áreas del cuerpo.



1. INYECTE EPINEFRINA INMEDIATAMENTE.

- Llame al 911.** Comuníquese que el niño presenta un cuadro de anafilaxia y puede necesitar epinefrina a su llegada.
 - Considere administrar más medicamentos luego de la epinefrina:
 - » Agentes antihistamínicos.
 - » Inhalador (broncodilatador) si hay sibilancia.
 - Recueste al niño, levántele las piernas y manténgalo abrigado. Si tiene problemas para respirar o vomita, hágalo sentarse o recostarse sobre un lado.
 - Si los síntomas no mejoran, o regresan, pueden administrarse más dosis de epinefrina aproximadamente 5 minutos o más después de la última dosis.
 - Avise a los contactos de emergencia.
 - Lleve al niño a la sala de emergencias incluso si los síntomas desaparecen. El niño debe permanecer en la sala de emergencias durante más de 4 horas porque los síntomas podrían volver a manifestarse.

SÍNTOMAS LEVES



NARIZ

Picazón/ secreción nasal, estornudos



BOCA

Picazón bucal



PIEL

Algunas ronchas, picazón leve



INTESTINO

Náuseas leves/ molestias

PARA SÍNTOMAS LEVES DE MÁS DE UNA DE LAS DIFERENTES ÁREAS DEL CUERPO, ADMINISTRE EPINEFRINA.

PARA SÍNTOMAS LEVES DE UNA ÚNICA ÁREA DEL CUERPO, SIGA LAS INDICACIONES A CONTINUACIÓN:

1. Se pueden administrar antihistamínicos, si así lo indica el médico.
2. Quédese con el niño; avise a los contactos de emergencia.
3. Observe detenidamente para detectar cambios. Si los síntomas empeoran, administre epinefrina.

MEDICAMENTOS/DOSIS

Marca de epinefrina: _____

Dosis de epinefrina: 0.15 mg por vía intramuscular
 0.3 mg por vía intramuscular

Agente antihistamínico de marca o agente antihistamínico genérico: _____

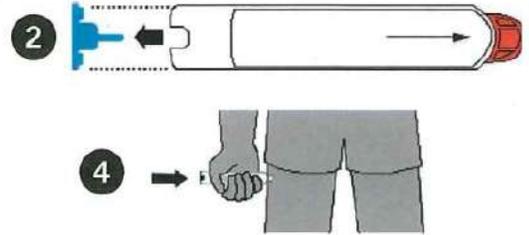
Dosis del agente antihistamínico: _____

Otro (p. ej., broncodilatador inhalable si hay sibilancia): _____



EPIPEN® (EPINEFRINA) INDICACIONES PARA EL AUTOINYECTOR

1. Retire el autoinyector EpiPen del estuche plástico.
2. Retire la tapa de seguridad azul.
3. Gire y presione firmemente la punta naranja en dirección a la parte exterior media del muslo.
4. Mantenga oprimido durante aproximadamente 3 segundos.
5. Retire el dispositivo y masajee el área durante 10 segundos.



ADRENACLICK®/ADRENACLICK® GENÉRICO INDICACIONES

1. Retire el estuche.
2. Retire las tapas grises marcadas como "1" y "2".
3. Coloque la punta redondeada roja contra la parte exterior media del muslo.
4. Presione con firmeza hasta que penetre la aguja.
5. Mantenga oprimido durante 10 segundos. Retire el dispositivo del muslo.



OTRAS INDICACIONES/INFORMACIÓN (la epinefrina se puede llevar consigo; se puede autoadministrar, etc.):

Administre el tratamiento antes de llamar a los contactos de emergencia.
Los primeros signos de una reacción pueden ser leves, pero pueden empeorar rápidamente.

CONTACTOS DE EMERGENCIA: LLAME AL 911

EQUIPO DE RESCATE: _____

MÉDICO: _____ TELÉFONO: _____

PADRE (MADRE)/TUTOR(A): _____ TELÉFONO: _____

OTROS CONTACTOS DE EMERGENCIA

NOMBRE/RELACIÓN: _____

TELÉFONO: _____

NOMBRE/RELACIÓN: _____

TELÉFONO: _____

PLAN DE ACCIÓN PARA _____ (NAME) EN CASO DE CONVULSIONES EN LA ESCUELA



Inserte la Foto
del Estudiante

ACERCA DE

Nombre _____ Fecha de Nacimiento _____

Nombre del Médico _____ Teléfono _____

Nombre de un Contacto en Caso de Emergencia _____ Teléfono _____

Nombre de un Contacto en Caso de Emergencia _____ Teléfono _____

Tipo/Nombre de la Convulsión: _____

Qué Ocurre: _____

Cuánto Dura: _____

Con Cuánta Frecuencia: _____

Desencadenantes de la Convulsión:

- Omitir el Medicamento
 Falta de Sueño
 Tensión Emocional
 Tensión Física
 Omitir Comidas
 Alcohol/Drogas
 Luces Parpadeantes
 Ciclo Menstrual
 Enfermedad con Fiebre Alta
 Respuesta a Alimentos Específicos o Exceso de Cafeína
 Especifique: _____
 Otro
 Especifique: _____

PLAN DE TRATAMIENTO DIARIO

Medicamento(s) para las Convulsiones

Nombre	Cuánto	Con Cuánta Frecuencia/Cuándo

Tratamiento/Cuidados Adicionales: (p. ej.: dieta, sueño, dispositivos, etc.)

PRECAUCIÓN – TRATAMIENTO INTENSIFICADO

Los síntomas que señalan una convulsión pueden estar en proceso y es posible que necesite tratamiento adicional:

- Dolor de Cabeza
 Episodios de Mirada Fija
 Confusión
 Mareos
 Cambio en la Visión/Auras
 Sentimiento Repentino de Miedo o Ansiedad
 Otro
 Especifique: _____

Tratamiento Adicional:

- Continúe el Plan de Tratamiento Diario
 - Si se omitió el medicamento, administre la dosis recetada anteriormente tan pronto como sea posible.
 - No administre una dosis doble ni administre medicamentos con menos de 6 horas de separación. Cambiar a: _____
 Cuánto: _____
 Con Cuánta Frecuencia/Cuándo: _____
 Añadir: _____
 Cuánto: _____
 Con Cuánta Frecuencia/Cuándo: _____
 Otros Tratamientos/Cuidados (es decir: sueño, dispositivos): _____

PLAN DE ACCIÓN EN CASO DE CONVULSIONES EN LA ESCUELA

PELIGRO – OBTENGA AYUDA AHORA

Siga los Primeros Auxilios al Dorso en Caso de Convulsión

Comuníquese con la Enfermera de la Escuela o un Adulto capacitado en medicamentos de rescate:

Nombre: _____ Número: _____

Registre la Duración y el tiempo de cada convulsión

Llame al 911 si:

- El estudiante tiene convulsiones que duran más de ____ minutos
- El estudiante está lesionado o tiene diabetes
- El estudiante tiene convulsiones repetidas sin recuperar el conocimiento
- El estudiante tiene dificultad para respirar

Cuando el personal de servicios de emergencia médica llegue, un proveedor de atención médica realizará una evaluación individual para determinar cuáles son los pasos siguientes adecuados.

Terapia de Rescate:

Terapia de rescate de acuerdo con las indicaciones del médico:

RECUPERACIÓN POSTERIOR A LA CONVULSIÓN

Conductas/Necesidades Típicas Después de la Convulsión:

- Dolor de Cabeza Somnolencia/Sueño Náusea Agresión Confusión/Caminar Errante
 Mirada Inexpresiva Otro Especifique: _____

Revisado/Aprobado por:

Firma del Médico

Fecha

Firma del Padre/Madre/Tutor

Fecha

PRIMEROS AUXILIOS EN CASO DE CONVULSIÓN



Image adapted with permission from the Epilepsy Foundation of America

CONOZCA MÁS Y DESCARGUE UNA VERSIÓN DE ESTE PLAN DE ACCIÓN EN:



childneurologyfoundation.org/sudep



dannyclid.org



epilepsy.com/sudep-institute