Essex County Schools of Technology
Office of Student-Related Services

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)
- A segurese 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: CHamiton@essextech.org; **PT:** DPace@essextech.org OR AGordon@essesextech.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)

_____ recibiré 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

_____
Fecha

Renovar Anualmente

LEROY F. SMITH, JR. PUBLIC SAFETY BUILDING
60 NELSON PLACE, 1 NORTH, NEWARK, NJ 07102 -TELEPHONE (973) 412-2050 - FAX (973) 242-2453
www.essextech.org

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: ☐ Asma ☐ Anemia ☐ Diabetes ☐ 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 ☐ Presión alta ☐ Un soplo en el corazón ☐ Nivel alto de colesterol ☐ Una infección en el corazón ☐ Enfermedad de Kawasaki ☐ 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. ¿Sufre 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 sucorazón?		
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/tablilla, 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, continúe)

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 depranocítico 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 _____

©2010 American Academy of Family Physicians, American Academy of Pediatrics, American College of Sports Medicine, American Medical Society for Sports Medicine, American Orthopaedic Society for Sports Medicine, and American Osteopathic Academy of Sports Medicine. Permission is granted to reprint for noncommercial, educational purposes with acknowledgment.

New Jersey Department of Education 2014; Pursuant to P.L.2013, c.71

NOTE: The preparticiaption 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

1. **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?**
2. **Consider reviewing questions on cardiovascular symptoms (questions 5–14).**

EXAMINATION		
Height	Weight	☐ Male ☐ Female
BP / (/)	Pulse	Vision R 20/ L 20/ Corrected ☐ Y ☐ 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		

[a]Consider ECG, echocardiogram, and referral to cardiology for abnormal cardiac history or exam.
[b]Consider GU exam if in private setting. Having third party present is recommended.
[c]Consider 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 _____

©2010 American Academy of Family Physicians, American Academy of Pediatrics, American College of Sports Medicine, American Medical Society for Sports Medicine, American Orthopaedic Society for Sports Medicine, and American Osteopathic Academy of Sports Medicine. Permission is granted to reprint for noncommercial, educational purposes with acknowledgment.

New Jersey Department of Education 2014; Pursuant to P.L.2013, c.71

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 _____

©2010 American Academy of Family Physicians, American Academy of Pediatrics, American College of Sports Medicine, American Medical Society for Sports Medicine, American Orthopaedic Society for Sports Medicine, and American Osteopathic Academy of Sports Medicine. Permission is granted to reprint for noncommercial, educational purposes with acknowledgment.

New Jersey Department of Education 2014; Pursuant to P.L.2013, c.71

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)

The Pediatric/Adult Asthma Coalition of New Jersey
"Your Pathway to Asthma Control"
PACNJ approved Plan available at www.pacnj.org

Sponsored by AMERICAN LUNG ASSOCIATION. IN NEW JERSEY

NJ Health New Jersey Department of Health

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

SALUDABLE (Verde Zona)

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
☐ Advair® HFA ☐ 45, ☐ 115, ☐ 230	_____2 soplos dos veces al día
☐ Aerospan™	_____☐ 1 ☐ 2 soplos dos veces al día
☐ Alvesco® ☐ 80, ☐ 160	_____☐ 1 ☐ 2 soplos dos veces al día
☐ Dulera ☐ 100, ☐ 200	_____2 soplos dos veces al día
☐ Flovent® ☐ 44, ☐ 110, ☐ 220	_____2 soplos dos veces al día
☐ Qvar® ☐ 40, ☐ 80	_____☐ 1 ☐ 2 soplos dos veces al día
☐ Symbicort® ☐ 80, ☐ 160	_____☐ 1 ☐ 2 soplos dos veces al día
☐ Advair Diskus ☐ 100, ☐ 250, ☐ 500	_____1 inhalación dos veces al día
☐ Asmanex® Twisthaler® ☐ 110, ☐ 220	_____☐ 1 ☐ 2 inhalaciones ☐ una vez ☐ dos veces al día
☐ Flovent® Diskus® ☐ 50, ☐ 100, ☐ 250	_____1 inhalación dos veces al día
☐ Pulmicort Flexhaler® ☐ 90, ☐ 180	_____☐ 1 ☐ 2 inhalaciones ☐ una vez ☐ dos veces al día
☐ Pulmicort Respules® (Budesonide) ☐ 0.25, ☐ 0.5, ☐ 1.0	_1 unidad nebulizada ☐ una vez ☐ dos veces al día
☐ Singulair (Montelukast) ☐ 4, ☐ 5, ☐ 10 mg	_1 pastilla diaria
☐ Otro	
☐ 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)

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
☐ Albuterol MDI (Pro-air® or Proventil® or Ventolin®)	__2 soplos cada 4 horas según necesite
☐ Xopenex®	_____2 soplos cada 4 horas según necesite
☐ Albuterol ☐ 1.25, ☐ 2.5 mg	_____1 unidad nebulizada cada 4 horas según lo necesite
☐ Duoneb	_____1 unidad nebulizada cada 4 horas según lo necesite
☐ Xopenex® (Levalbuterol) ☐ 0.31, ☐ 0.63, ☐ 1.25 mg	_1 unidad nebulizada cada 4 horas según lo necesite
☐ Combivent Respimat®	_____1 inhalación quatro veces al día
☐ Aumente la dosis o agregue:	
☐ 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)

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
☐ Albuterol MDI (Pro-air® or Proventil® or Ventolin®)	__4 soplos cada 20 minutos
☐ Xopenex®	_____4 soplos cada 20 minutos
☐ Albuterol ☐ 1.25, ☐ 2.5 mg	_____1 unidad nebulizada cada 4 horas según lo necesite
☐ Duoneb	_____1 unidad nebulizada cada 4 horas según lo necesite
☐ Xopenex® (Levalbuterol) ☐ 0.31, ☐ 0.63, ☐ 1.25 mg	_1 unidad nebulizada cada 4 horas según lo necesite
☐ Combivent Respimat®	_____1 inhalación quatro veces al día
☐ Otro	

Disparadores

Marcar todos los factores que disparan el asma del paciente:

- ❑ Resfriados/ la influenza
- ❑ Ejercicios
- ❑ Alergias
  - ○ Ácaros, 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.

Denuncias: El uso y contenido 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 se proporciona "como es." La Asociación Norteamericana del Pulmón de Nueva Jersey (ALAM-A), la Coalición en Contra del Asma Pediátrica y Adulta de Nueva Jersey y sus afiliados, rechazan a nombre propio cualesquiera o múltiples, implícitas o de cualquier otro tipo, incluyendo pero no limitadas a garantías con fines de lucro, para buscar ganancias, beneficios y que respetan los derechos y libertades de ciertas personas implícitas. ALAM-A no hace ningún tipo de representación o garantía acerca de la veracidad, exactitud, seguridad, utilidad o confiabilidad del contenido. ALAM-A no hace ningún tipo de garantía, representación o garantías de que la información será ininterrumpida, sin errores o que no haya algún tipo de filtro en la información. En ningún caso, incluyendo ALAM-A será responsable por daños (incluyendo pero no limitados, a daños incidentales, consecuentes, directos, daños personales/heridas, perdidas económicas o daños resultantes de la información o por la interrupción de negocios) debido al uso o la imposibilidad de poder usar el contenido de este Plan para el Tratamiento del Asma, causados en autorización, contrato, indemnizaciones o hechos de teoría legal y ALAM-A no sido o no ha sido aconsejada de las posibilidades de estos tipos de daños. ALAM-A 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 del 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 los Centros para el Control y Prevención de Enfermedades en los Estados Unidos bajo el Acuerdo de Cooperación 5U58HK000491-3. El contenido del material es responsabilidad total de los autores y no representa necesariamente el punto de vista del NIDHHS o el HRSA/CDC. Aunque este proyecto ha sido auspiciado completamente o en parte por la Agencia de Protección del Ambiente bajo el acuerdo los Estados Unidos. Protección Ambiental de los Estados Unidos ofrece proporcionó financiación adicional bajo los Acuerdos vigentes X96236601-2 para la Asociación Americana del Pulmón de Nueva Jersey y no ha pasado por el proceso de revisión de la Agencia de publicaciones por esta razón no representa el punto de vista de la agencia y no representa que la sus ede información o apoyo de la Agencia. La información en este vídeo no intenta sustituir los problemas de salud o tomar el lugar de las recomendaciones medicas. Para el asma o cualquier otro tipo de condición de salud, debe leer la información del proveedor de salud profesional sugerido del su niño.

REVISADO EN AGOSTO DE 2014

Permiso 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 se 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
   - Fecha de nacimiento del paciente
   - Nombre del padre/representante y número de teléfono
   - 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 marcara 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 manjar con facilidad el asma del niño
   - Déle una copia del Plan para el Tratamiento del Asmas 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 farmaceuta o medico. También yo doy permiso para que la información medica de mi niño este a la disposición y pueda ser intercambiada entre la enfermera del la escuela y el proveedor de la salud de mi niño. Además, yo entiendo que esta información medica será compartida y estará ala 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 ENFRENTE 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 prescripto 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 _____

The Pediatric/Adult Asthma Coalition of New Jersey

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

Denuncias: El uso y contenido de la Pagina 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 Norteamericana del Pulmón de Mid-Atlantic (ALAM-A), la Coalición en Contra del Asma Pediátrica y Adulta de Nueva Jersey y sus afiliados, rechazan autorizaciones expresas o implícitas, reglamentarias o de cualquiera otro tipo incluyendo pero no limitadas a autorizaciones con fines de lucro, para sus propios beneficios, y que no respetan los derechos y bienestares de terceras personas implicadas. ALAM-A no hace ningún tipo de representación o autorización acerca de la veracidad, seguridad total, existente o contínua del contenido. ALAM-A no hace ningún tipo de autorización, representación o garantías de que la información no será interrumpida o sin errores o que no hay algún tipo de falla en la información. En no circunstancia ALAM-A será responsable por daños (incluyendo pero no limitados, a daños incidentales, consecuenciales daños personales/muertes, perdidas económicas o daños resultantes de la información o por la interrupción de negocios) debido al uso o la inhabilidad de poder usar el contenido de este Plan para el Tratamiento del Asma, basado en autorización, contrato indemnizadle u otro tipo de teoría legal y si ALAM-A ha sido o no has do aconsejada de las posibilidades de estos tipos de daños. ALAM-A 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 o esta pagina Web.

La Coalición del 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 los Centros para el Control y Prevención de Enfermedades en los Estados Unidos bajo el Acuerdo de Cooperación 5U59EH000401-5. El contenido del material es responsabilidad total de los autores y no representa necesariamente el punto de vista del NJDHSS o el USCDCP. Aun cuando este proyecto ha sido auspiciado completamente o en parte por la Agencia de Protección del Amb ente bajo el acuerdo los Estados Unidos, Protección Ambiental de los Estados Unidos proporcionó financiación adicional bajo los Acuerdos vigentes X96626601-2 para la Asociación Americana del Pulmón de Nueva Jersey y no ha pasado por el proceso de revisión de la Agencia de publicaciones por esta razón no representa el punto de vista de la agencia y por consiguiente la se puede inferir apoyo de la Agencia. La información en este video no intenta diagnosticar problemas de salud o tomar el lugar de las recomendaciones medicas. Para el asma o cualquier otro tipo de condición de salud solicite la información del proveedor de salud profesional suyo o el de su niño.

Sponsored by
AMERICAN LUNG ASSOCIATION® IN NEW JERSEY

PLAN DE ATENCIÓN DE EMERGENCIA EN CASO DE ALERGIA A ALIMENTOS Y ANAFILAXIA

FARE
Food Allergy Research & Education

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.**
2. **Llame al 911.** Comuníqueles 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): _____

_____

FIRMA DE AUTORIZACIÓN DEL PADRE/MADRE/TUTOR LEGAL FECHA FIRMA DE AUTORIZACIÓN DEL MÉDICO/PROVEEDOR DE ATENCIÓN MÉDICA FECHA

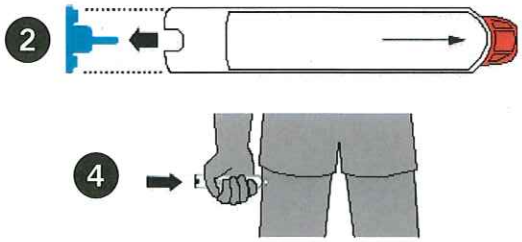
FORMULARIO PROPORCIONADO COMO CORTESÍA DE FOOD ALLERGY RESEARCH & EDUCATION (FARE) (FOODALLERGY.ORG) 11/2016

PLAN DE ATENCIÓN DE EMERGENCIA EN CASO DE ALERGIA A ALIMENTOS Y ANAFILAXIA

FARE
Food Allergy Research & Education

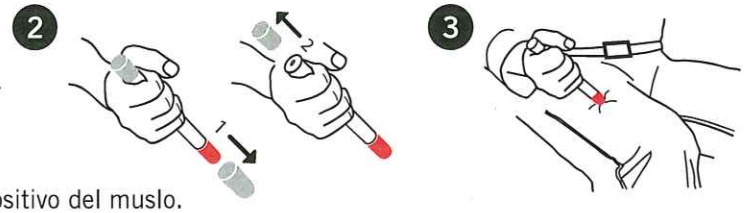
EPIPEN® (EPINEFRINA) INDICACIONES PARA EL AUTOINYECTOR

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: _____

FORMULARIO PROPORCIONADO COMO CORTESÍA DE FOOD ALLERGY RESEARCH & EDUCATION (FARE) (FOODALLERGY.ORG) 11/2016

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 tiene convulsiones repetidas sin recuperar el conocimiento
- El estudiante está lesionado o tiene diabetes
- 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:

Child Neurology FOUNDATION — Creating a Community of Support
childneurologyfoundation.org/sudep

Danny Did FOUNDATION
dannydid.org

EPILEPSY FOUNDATION — SUDEP INSTITUTE
epilepsy.com/sudep-institute