



Essex County Schools of Technology

OFFICE OF STUDENT-RELATED SERVICES

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

¡ASEGÚRESE DE QUE TODOS LOS DOCUMENTOS (COPIA DE LA VACUNA Y UN FORMULARIO FÍSICO COMPLETO) ESTÉN

COMPLETAMENTE LLENADOS POR EL PADRE/TUTOR Y EL MÉDICO DEL NIÑO! *Llene los formularios completamente y en PEN (no en lápiz)

- Las enfermeras escolares estarán presentes en las respectivas escuelas para recibir la documentación
- Todos los documentos médicos DEBEN recibirse antes del junio 15th, 2024

Newark Tech Campus
91 West Market St, Newark, 07103
Ms. Carolina Cabral, RN, BSN
CCabral@essextech.org

Donald M. Payne, Sr. Campus
498-544 West Market St, Newark, NJ 07107
Ms. Dionne Pace, RN, BSN, CSN
DPace@essextech.org
Ms. Amanda Gordon, RN
AGordon@essextech.org

West Caldwell Tech Campus
620 Passaic Ave, West Caldwell, NJ 07006
Ms. Bonnie Rogers, RN, BSN, CSN
BRogers@essextech.org

No espere, programe citas ahora con el médico de su hijo. ¡Su hijo será **EXCLUIDO** de la escuela si su expediente médico está incompleto!

Asegúrese de que el **médico firme, selle y ponga la fecha** en el formulario físico antes de salir de su consultorio (* Los exámenes físicos solo son efectivos durante un (1) año a partir de la fecha del examen físico). Para el formulario de examen físico, el médico debe firmar la página 1 y la página 2 en 2 lugares

Si no se proporciona un examen físico completo, se excluirá del gimnasio, los deportes o las excursiones. La exclusión del gimnasio tendrá un impacto negativo en la calificación general del estudiante. Se debe completar una copia de la vacuna y el formulario físico

Solicitar que la escuela de 8º grado de su hijo envíe el expediente médico original del estudiante a la escuela receptora

Si su hijo usa anteojos o lentes de contacto, visite al oftalmólogo antes de que comiencen las clases. Recuérdele a su hijo que el cuidado de sus lentes de contacto es su responsabilidad (lleve siempre un estuche de contacto y una solución de repuesto)

Si su hijo usa un *inhalador, el formulario del Plan de tratamiento del asma debe estar firmado por el médico y el padre/tutor de su hijo. Si su hijo usa un bolígrafo *EPI, el formulario del Plan de Acción para la Anafilaxia Alimentaria/Alérgica **debe estar firmado por el médico y el padre/tutor de su hijo. El inhalador o EpiPen DEBE acompañar a su hijo en TODAS las excursiones/eventos deportivos.** Proporcione un inhalador de repuesto o un paquete de EpiPen para el consultorio médico.

Los archivos médicos incompletos significarán que a su hijo NO se le permitirá viajar en excursiones O tomar gimnasia.

Las recomendaciones son efectivas **SOLO por un (1) año escolar y deben renovarse ANUALMENTE**

Anime a su hijo a tener ropa de repuesto a mano @ escuela en caso de emergencias

Si tu hija sufre de cólicos menstruales. Pídale que tome analgésicos antes de venir a la escuela (o pídale al médico que complete el formulario de administración de medicamentos que se proporciona en este paquete y que suministre el medicamento al consultorio médico). Los estudiantes no deben perder tiempo de clase debido a esta condición. Además, si su hijo está tomando medicamentos o usted permite que la enfermera le administre medicamentos, el médico debe completar el formulario de administración de medicamentos

Recuerde informar a las enfermeras de la escuela cada vez que su hijo reciba una vacuna (vacuna de refuerzo)

Siempre tenga a alguien disponible para recoger a su hijo de la escuela, en caso de que surja la necesidad

Las notas médicas que justifican una ausencia deben entregarse el día en que el estudiante regrese a la escuela

Cualquier dispositivo de asistencia (es decir, muletas, tobilleras, cabestrillo, etc.) requiere una orden o nota del médico

Si su hijo tiene un diagnóstico especial (presión arterial alta, diabetes, etc.) notifique al consultorio médico ANTES de que comience el año escolar

Devuelva todas las llamadas de las enfermeras de la escuela lo antes posible, la información de contacto se encuentra en la parte superior de este documento



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

Renovar Anualmente

Fecha

Este formulario debe colocarse en el expediente médico del atleta y no debe compartirse con escuelas u organizaciones deportivas. El formulario de elegibilidad médica es el único formulario que debe enviarse a una escuela u organización deportiva.

Aviso legal: Los atletas que tengan una evaluación física de preparticipación vigente en el archivo (según los lineamientos generales estatales y locales) no necesitan completar otro formulario de antecedentes.

EVALUACIÓN FÍSICA PREVIA A LA PARTICIPACIÓN (orientación provisional)

FORMULARIO DE HISTORIAL CLÍNICO

Nota: Complete y firme este formulario (con la supervisión de sus padres si es menor de 18 años) antes de acudir a su cita.

Nombre: _____ Fecha de nacimiento: _____

Fecha del examen médico: _____ Deporte(s): _____

Sexo que se le asignó al nacer (F, M o intersexual): _____ ¿Con cuál género se identifica? (F, M u otro): _____

¿Ha tenido COVID-19? (elijá una opción) Sí No

¿Ha recibido la vacuna contra el COVID-19? (elijá una opción): Sí No Si la respuesta es sí, usted recibió: Una dosis Dos dosis Tres dosis Fecha de la dosis de refuerzo _____

Mencione los padecimientos médicos pasados y actuales que haya tenido. _____

¿Alguna vez se le practicó una cirugía? Si la respuesta es afirmativa, haga una lista de todas sus cirugías previas. _____

Medicamentos y suplementos: Enumere todos los medicamentos recetados, medicamentos de venta libre y suplementos (herbolarios y nutricionales) que consume. _____

¿Sufre de algún tipo de alergia? Si la respuesta es afirmativa, haga una lista de todas sus alergias (por ejemplo, a algún medicamento, al polen, a los alimentos, a las picaduras de insectos). _____

Cuestionario sobre la salud del paciente versión 4 (PHQ-4)

Durante las últimas dos semanas, ¿con qué frecuencia experimentó alguno de los siguientes problemas de salud? (Encierre en un círculo la respuesta)

	Ningún día	Varios días	Más de la mitad de los días	Casi todos los días
Se siente nervioso, ansioso o inquieto	0	1	2	3
No es capaz de detener o controlar la preocupación	0	1	2	3
Siente poco interés o satisfacción por hacer cosas	0	1	2	3
Se siente triste, deprimido o desesperado	0	1	2	3

(Una suma ≥ 3 se considera positiva en cualquiera de las subescalas, [preguntas 1 y 2 o preguntas 3 y 4] a fin de obtener un diagnóstico).

PREGUNTAS GENERALES		
(Dé una explicación para las preguntas en las que contestó "Sí", en la parte final de este formulario. Encierre en un círculo las preguntas si no sabe la respuesta).		
	Sí	No
1. ¿Tiene alguna preocupación que le gustaría discutir con su proveedor de servicios médicos?		
2. ¿Alguna vez un proveedor de servicios médicos le prohibió o restringió practicar deportes por algún motivo?		
3. ¿Padece algún problema médico o enfermedad reciente?		
PREGUNTAS SOBRE SU SALUD CARDIOVASCULAR		
	Sí	No
4. ¿Alguna vez se desmayó o estuvo a punto de desmayarse mientras hacía, o después de hacer, ejercicio?		

PREGUNTAS SOBRE SU SALUD CARDIOVASCULAR (CONTINUACIÓN)		
	Sí	No
5. ¿Alguna vez sintió molestias, dolor, compresión o presión en el pecho mientras hacía ejercicio?		
6. ¿Alguna vez sintió que su corazón se aceleraba, palpitaba en su pecho o latía intermitentemente (con latidos irregulares) mientras hacía ejercicio?		
7. ¿Alguna vez un médico le dijo que tiene problemas cardíacos?		
8. ¿Alguna vez un médico le pidió que se hiciera un examen del corazón? Por ejemplo, electrocardiografía (ECG) o ecocardiografía.		
9. Cuando hace ejercicio, ¿se siente mareado o siente que le falta el aire más que a sus amigos?		
10. ¿Alguna vez tuvo convulsiones?		

PREGUNTAS SOBRE LA SALUD CARDIOVASCULAR DE SU FAMILIA	No está seguro/a	Sí	No
11. ¿Alguno de los miembros de su familia o pariente murió debido a problemas cardíacos o tuvo una muerte súbita e inesperada o inexplicable antes de los 35 años de edad (incluyendo muerte por ahogamiento o un accidente automovilístico inexplicables)?			
12. ¿Alguno de los miembros de su familia padece un problema cardíaco genético como la miocardiopatía hipertrófica (HCM), el síndrome de Marfan, la miocardiopatía arritmogénica del ventrículo derecho (ARVC), el síndrome del QT largo (LQTS), el síndrome del QT corto (SQTS), el síndrome de Brugada o la taquicardia ventricular polimórfica catecolaminérgica (CPVT)?			
13. ¿Alguno de los miembros de su familia utilizó un marcapasos o se le implantó un desfibrilador antes de los 35 años?			
PREGUNTAS SOBRE LOS HUESOS Y LAS ARTICULACIONES		Sí	No
14. ¿Alguna vez sufrió una fractura por estrés o una lesión en un hueso, músculo, ligamento, articulación o tendón que le hizo faltar a una práctica o juego?			
15. ¿Sufre alguna lesión ósea, muscular, de los ligamentos o de las articulaciones que le causa molestia?			
PREGUNTAS SOBRE CONDICIONES MÉDICAS		Sí	No
16. ¿Tose, sibila o experimenta alguna dificultad para respirar durante o después de hacer ejercicio?			
17. ¿Le falta un riñón, un ojo, un testículo (en el caso de los hombres), el bazo o cualquier otro órgano?			
18. ¿Sufre dolor en la ingle o en los testículos, o tiene alguna protuberancia o hernia dolorosa en la zona inguinal?			
19. ¿Padece erupciones cutáneas recurrentes o que aparecen y desaparecen, incluyendo el herpes o Staphylococcus aureus resistente a la metilicina (MRSA)?			

PREGUNTAS SOBRE CONDICIONES MÉDICAS (CONTINUACIÓN)	No está seguro/a	Sí	No
20. ¿Alguna vez sufrió un traumatismo craneoencefálico o una lesión en la cabeza que le causó confusión, un dolor de cabeza prolongado o problemas de memoria?			
21. ¿Alguna vez sintió adormecimiento, hormigueo, debilidad en los brazos o piernas, o fue incapaz de mover los brazos o las piernas después de sufrir un golpe o una caída?			
22. ¿Alguna vez se enfermó al realizar ejercicio cuando hacía calor?			
23. ¿Usted o algún miembro de su familia tienen el rasgo o la enfermedad de las células falciformes?	No está seguro/a		
24. ¿Alguna vez tuvo o tiene algún problema con sus ojos o su visión?			
25. ¿Le preocupa su peso?			
26. ¿Está tratando de bajar o subir de peso, o alguien le recomendó que baje o suba de peso?			
27. ¿Sigue alguna dieta especial o evita ciertos tipos o grupos de alimentos?			
28. ¿Alguna vez sufrió un desorden alimenticio?			
PREGUNTAS SOBRE EL PERÍODO MENSTRUAL	N/A	Sí	No
29. ¿Ha tenido al menos un periodo menstrual?			
30. ¿A los cuántos años tuvo su primer periodo menstrual?			
31. ¿Cuándo fue su periodo menstrual más reciente?			
32. ¿Cuántos periodos menstruales ha tenido en los últimos 12 meses?			

Proporcione una explicación aquí para las preguntas en las que contestó "Sí".

Por la presente declaro que, según mis conocimientos, mis respuestas a las preguntas de este formulario están completas y son correctas.

Firma del atleta: _____

Firma del padre o tutor: _____

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* • 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			

*Consider 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

THE ATHLETE WITH SPECIAL NEEDS: SUPPLEMENTAL HISTORY FORM

Date of Exam _____

Name _____ Date of birth _____

Sex _____ Age _____ Grade _____ School _____ Sport(s) _____

1. Type of disability		
2. Date of disability		
3. Classification (if available)		
4. Cause of disability (birth, disease, accident/trauma, other)		
5. List the sports you are interested in playing		
	Yes	No
6. Do you regularly use a brace, assistive device, or prosthetic?		
7. Do you use any special brace or assistive device for sports?		
8. Do you have any rashes, pressure sores, or any other skin problems?		
9. Do you have a hearing loss? Do you use a hearing aid?		
10. Do you have a visual impairment?		
11. Do you use any special devices for bowel or bladder function?		
12. Do you have burning or discomfort when urinating?		
13. Have you had autonomic dysreflexia?		
14. Have you ever been diagnosed with a heat-related (hyperthermia) or cold-related (hypothermia) illness?		
15. Do you have muscle spasticity?		
16. Do you have frequent seizures that cannot be controlled by medication?		

Explain "yes" answers here

Please indicate if you have ever had any of the following.

	Yes	No
Atlantoaxial instability		
X-ray evaluation for atlantoaxial instability		
Dislocated joints (more than one)		
Easy bleeding		
Enlarged spleen		
Hepatitis		
Osteopenia or osteoporosis		
Difficulty controlling bowel		
Difficulty controlling bladder		
Numbness or tingling in arms or hands		
Numbness or tingling in legs or feet		
Weakness in arms or hands		
Weakness in legs or feet		
Recent change in coordination		
Recent change in ability to walk		
Spina bifida		
Latex allergy		

Explain "yes" answers here

I hereby state that, to the best of my knowledge, my answers to the above questions are complete and correct.

Signature of athlete _____ Signature of parent/guardian _____ Date _____

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).

****NOTE: (2)
PHYSICIAN
SIGNATURES
ARE
REQUIRED
FOR THE
SCHOOL DR
TO APPROVE**

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

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) _____



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 / Softbol
/ Béisbol / Atletismo; Campo / Porristas / Bolos

Entregue la parte inferior de esta hoja a la enfermera de la escuela del 8° 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
[20__/20__]. Please send the original A45/immunization/medical record to the above address.

Parent's Signature _____ Date _____



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



Nombre: _____ Fecha de nacimiento: ____ / ____ / ____

Clasificación de gravedad: Intermitente Persistente leve Persistente moderado Persistente grave

Desencadenantes del asma (lista): _____

Mejor marca personal del flujómetro: _____

Zona verde: Anda bien

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

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

Vacuna contra la gripe—Fecha de aplicación: _____ Fecha de próxima vacuna contra la gripe: _____

Vacuna contra la COVID-19—Fecha de aplicación: _____

Medicamento/s de control	Medicamento	Cuánto tomar	Cuándo y con qué frecuencia tomarlo
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____

Actividad física usa albuterol/levalbuterol ____ puffs, 15 minutos antes de la actividad con todas las actividades
 cuando siente que la necesita

Zona amarilla: Precaución

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

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

Medicamento/s de alivio rápido Albuterol/levalbuterol _____ Inhalaciones cada 20 minutos por hasta 4 horas según sea necesario

Medicamento/s de control Continuar con los medicamentos de la Zona verde
 Agregar _____ Cambiar por _____

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

Zona roja: ¡Consigue ayuda ahora!

Síntomas: Muchos problemas de respiración – No puede trabajar o jugar – Empeora en vez de mejorar – El medicamento no ayuda Flujómetro _____ (menos del 50% de la mejor marca personal)

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

Llame al 911 inmediatamente si presenta las siguientes señales de peligro • Dificultad para caminar/hablar debido a la falta de aire

- Labios o uñas azules
- Sigue en la zona roja después de 15 minutos

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

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

Proveedor de atención médica

Nombre _____ Fecha _____ Teléfono (____) _____ - _____ Firma _____

Padre/tutor

SELLO MEDICO

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

Nombre _____ Fecha _____ Teléfono (____) _____ - _____ Firma _____

Enfermero de la escuela

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

Nombre _____ Fecha _____ Teléfono (____) _____ - _____ Firma _____

**COLOQUE
UNA
FOTOGRAFÍA
AQUÍ**

Nombre: _____ Fecha de nacimiento: _____

Alérgico a: _____

Peso: _____ kilos. Asma: **Sí (Riesgo más alto de reacción grave)** **No**

NOTA: No recurra a antihistamínicos ni inhaladores (broncodilatadores) para tratar una reacción grave. UTILICE EPINEFRINA.

Extremadamente reactivo a los siguientes alérgenos: _____

POR LO TANTO:

Si esta opción está marcada y es **PROBABLE** que se ha ingerido el alérgeno, administre epinefrina de inmediato ante **CUALQUIERA** de estos síntomas.

Si esta opción está marcada y es **SEGURO** que se ha ingerido el alérgeno, administre epinefrina de inmediato aunque no se observe ningún síntoma.

ANTE **CUALQUIERA**
DE LOS SIGUIENTES:

SÍNTOMAS GRAVES



PULMÓN

Falta de aire,
sibilancia,
muchos tos



CORAZÓN

Tez azulada o
pálida, desmayo,
pulso débil,
mareo



GARGANTA

Ronquera
u oclusión,
dificultad para
tragar o respirar



BOCA

Hinchazón
significativa de
la lengua o los
labios



PIEL

Urticaria
extendida en las
distintas partes
del cuerpo,
enrojecimiento
generalizado



INTESTINOS

Vómitos
reiterados,
diarrea grave



OTRO

Sensación de que
va a pasar algo
malo, ansiedad,
confusión.

**O UNA
COMBINACIÓN**
de los síntomas
de las distintas
áreas



1. INYECTE EPINEFRINA DE INMEDIATO

2. **Llame al 911.** Avise al operador telefónico que el paciente tiene anafilaxia y puede necesitar epinefrina cuando llegue el equipo de emergencia.

• Considere la administración de otros medicamentos además de la epinefrina:

-Antihistamínico

-Inhalador (broncodilatador) en caso de respiración sibilante

• Mantenga al paciente en posición horizontal, con las piernas en alto y abrigado. Si tiene dificultades para respirar o vómitos, manténgalo sentado o tendido sobre un costado.

• Si los síntomas no mejoran o vuelven a aparecer, puede administrar otras dosis adicionales de epinefrina a partir de los 5 minutos de la administración de la última dosis.

• Comuníquese con los contactos de emergencia.

• Lleve al paciente a la sala de emergencias, aunque los síntomas hayan desaparecido. (El paciente debe permanecer en la guardia médica durante por lo menos 4 horas porque los síntomas pueden reaparecer).

SÍNTOMAS LEVES



NARIZ

Picazón o
moqueo nasal,
estornudos



BOCA

Picazón
bucal



PIEL

Algunas
ronchas,
picazón leve



INTESTINO

Náuseas leves o
malestar

**EN CASO DE SÍNTOMAS LEVES EN MÁS DE UN
ÁREA DEL CUERPO, ADMINISTRE EPINEFRINA.**

**EN CASO DE SÍNTOMAS LEVES EN UN ÁREA ÚNICA
SIGA ESTAS INSTRUCCIONES:**

1. Se pueden administrar antihistamínicos, con prescripción médica.
2. Quédese junto a la persona; comuníquese con los contactos de emergencia.
3. Observe atentamente los posibles cambios. Si los síntomas empeoran, administre epinefrina.

MEDICAMENTOS/DOSIS

Marca de epinefrina o fármaco genérico: _____

Dosis de epinefrina: 0,1 mg IM 0,15 mg IM 0,3 mg IM

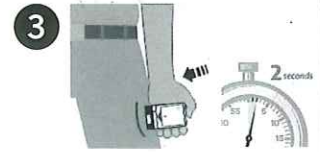
Marca de antihistamínico o fármaco genérico: _____

Dosis de antihistamínico: _____

Otros (por ejemplo, broncodilatador en caso de sibilancia): _____

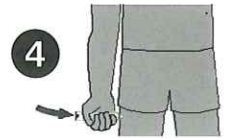
CÓMO UTILIZAR AUVI-Q® (INYECCIÓN DE EPINEFRINA, USP), KALEO

1. Retire AUVI-Q del estuche externo. Saque la tapa de seguridad roja.
2. Coloque el extremo negro de AUVI-Q® contra la parte exterior media del muslo.
3. Oprima firmemente hasta escuchar un clic y un silbido, mantenga presionado por 2 segundos.
4. Llame al 911 y pida asistencia médica de emergencia de inmediato.



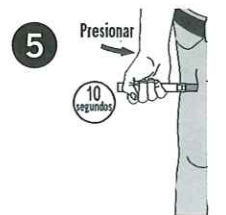
CÓMO USAR EL AUTOINYECTOR DE EPINEFRINA EPIPEN® Y EPIPEN JR® Y LA INYECCIÓN DE EPINEFRINA (FÁRMACO GENÉRICO AUTORIZADO DE EPIPEN®), USP (AUTOINYECTOR), MYLAN

1. Retire el autoinyector EpiPen® o EpiPen Jr® del tubo transparente.
2. Sujete el autoinyector firmemente con el puño con la punta naranja (el extremo de la aguja) apuntando hacia abajo. Con la otra mano, retire el protector de seguridad azul tirando firmemente hacia arriba.
3. Gire y oprima con firmeza el autoinyector contra la parte exterior media del muslo hasta que haga clic. Sostenga firmemente en el lugar durante 3 segundos (cuente lentamente 1, 2, 3).
4. Retire el dispositivo y masajee el área durante 10 segundos. Llame al 911 y pida asistencia médica de emergencia de inmediato.



CÓMO UTILIZAR LA INYECCIÓN DE EPINEFRINA IMPAX (GENÉRICO AUTORIZADO DE ADRENALICK®), USP, AUTOINYECTOR, LABORATORIOS IMPAX

1. Retire del autoinyector de epinefrina de su estuche protector. Saque las dos tapas de extremo azul. Ahora podrá ver una punta roja.
2. Sujete el autoinyector firmemente con el puño con la punta roja apuntando hacia abajo. Coloque la punta roja contra la parte exterior media del muslo en un ángulo de 90°, en posición perpendicular al muslo.
3. Oprima y sostenga con firmeza durante aproximadamente 10 segundos. Retire el dispositivo y masajee el área durante 10 segundos.
4. Llame al 911 y pida asistencia médica de emergencia de inmediato.



CÓMO UTILIZAR SYMJEP!™ (INYECCIÓN DE EPINEFRINA, USP)

1. Cuando esté listo para aplicar la inyección, retire la tapa para dejar la aguja expuesta. No coloque el dedo encima el dispositivo.
2. Sostenga la inyección SYMJEP! solo con los dedos e inserte la aguja en el muslo suavemente. SYMJEP! puede inyectarse a través de la ropa si es necesario.
3. Después de que la aguja esté en el muslo, empuje el émbolo hacia abajo hasta que haga clic y manténgalo durante 2 segundos.
4. Retire la jeringa y masajee el lugar de la inyección durante 10 segundos. Llame al 911 y pida asistencia médica de emergencia de inmediato.
5. Una vez que se haya administrado la inyección, colocando una mano con los dedos detrás de la aguja, deslice la protección de seguridad por sobre la aguja.



INFORMACIÓN DE ADMINISTRACIÓN Y SEGURIDAD PARA TODOS LOS AUTOINYECTORES

1. No coloque el dedo pulgar, los demás dedos o la mano sobre la punta del autoinyector ni aplique la inyección fuera de la parte exterior media del muslo. En caso de inyección accidental, diríjase inmediatamente a la sala de emergencias más cercana.
2. Si administra el medicamento a un niño pequeño, sostenga su pierna firmemente antes y durante la aplicación para evitar posibles lesiones.
3. Si es necesario, la epinefrina se puede aplicar a través de la ropa.
4. Llame al 911 inmediatamente luego de aplicar la inyección.

INSTRUCCIONES/INFORMACIÓN ADICIONAL (la persona puede llevar epinefrina, el paciente puede autoadministrarse la medicación, etc.):

Trate a la persona antes de llamar a los contactos de emergencia. Las primeras señales de una reacción pueden ser leves, pero los síntomas pueden agravarse con rapidez.

CONTACTOS DE EMERGENCIA – LLAME AL 911

EQUIPO DE RESCATE: _____
 MÉDICO: _____ TELÉFONO: _____
 PADRE O TUTOR: _____ TELÉFONO: _____

OTROS CONTACTOS DE EMERGENCIA

NOMBRE/RELACIÓN: _____
 TELÉFONO: _____
 NOMBRE/RELACIÓN: _____
 TELÉFONO: _____

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



Inserte la Foto
del Niño

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 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

PELIGRO – OBTENGA AYUDA AHORA

Siga los Primeros Auxilios al Dorso en Caso de Convulsión

Encuentre un adulto capacitado en medicamentos de rescate:

Nombre: _____ Número: _____

Registre la Duración y el tiempo de cada convulsión

Llame al 911 si:

- El niño tiene convulsiones que duran más de ____ minutos
- El niño está lesionado o tiene diabetes
- El niño tiene convulsiones repetidas sin recuperar el conocimiento
- El niño 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



dannyydid.org



epilepsy.com/sudep-institute