Plano Independent School District School Year\_\_\_\_\_\_\_\_

School Asthma Action Plan Bus #\_\_\_\_\_\_\_

*Plan de acción escolar para asma*

*Place Child’s*

Name\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ DOB\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ ID#\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ *Picture Here*

**Grade \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Teacher/Section \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

Emergency Contacts/*Contactos de urgencia*:

Name/*Nombre* Phone/*Teléphono* Relationship/*Parentesco*

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

#### DAILY ASTHMA TREATMENT AND EMERGENCY PLAN

## Medical Equipment:

Please list any medical equipment this student will need to treat his/her asthma at school (i.e. spacer, nebulizer supplies, oxygen, etc.). *Parent will provide equipment needed:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*

*\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*

☼ **Green Zone**  - **Peak Flows \_\_\_\_\_\_\_to\_\_\_\_\_\_\_** *No symptoms* *(peak flow between 80-100% of personal best)*:

□ No control medicines required **OR**

Oral control medication \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ taken \_\_\_\_\_\_ times a day.

\_\_\_\_\_\_ puff(s) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ MDI \_\_\_\_\_\_\_\_ times a day.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ nebulizer treatment(s) \_\_\_\_\_\_\_ times a day.

**For asthma with exercise**: \_\_\_\_\_ puff(s) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 15 minutes before exercise.

# ☼ Yellow Zone – Peak Flows \_\_\_\_\_\_\_to\_\_\_\_\_\_\_ *Tight chest, cough or mild wheeze, signs of upper respiratory illness, unable to exercise* *(peak flow between 50-80% of personal best)*:

# \_\_\_\_\_ puff(s) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ MDI every \_\_\_\_\_\_ hours as needed OR

# \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ nebulizer treatment(s) every \_\_\_\_\_\_ hours as needed

Other \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

☼ **Red Zone** – **Peak Flows below \_\_\_\_\_\_\_\_\_** *(peak flow less than 50% of personal best)*: **EMERGENCY ACTION IS NECESSARY WHEN THIS STUDENT HAS SYMPTOMS SUCH AS:**

**• Can’t talk, eat or walk well • Medicine is not helping • Chest/neck retractions**

**• Breathing hard & fast • Blue lips and/or fingernails • PO2 less than \_\_\_\_\_\_\_%**

# \_\_\_\_\_\_ puffs \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ MDI every \_\_\_\_\_\_ minutes for THREE treatments OR

# \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ nebulizer treatment every \_\_\_\_\_\_ minutes for THREE treatments.

□ Contact parent □ Call 911\_\_\_\_\_\_\_

Other \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**\_\_%**

***Comments and/or special instructions:*** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Physician Designation of Rescue Drug**

I have prescribed asthma medication(s) for the student named here for use on an as needed basis. In recognition of the possible need to promptly administer this drug while in attendance at Plano Independent School District, when a trained medical professional may not be available, I acknowledge that circumstances may arise in which an unlicensed assistive personnel (UAP) who have been trained by a medical professional, including but not limited to emergency medical personnel, a physician and / or a registered nurse, may need to administer the asthma medication(s) to the named student.

**I agree** /  **I do not agree** (check one) **Physician Initials\_\_\_\_\_\_\_ Parent Initials \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Physician’s Consent for Self Administration of Asthma Medication**

I have instructed the student in the proper way to use his/her asthma medications. It is my professional opinion that this student **should** / **should not** (check one) be allowed to carry and self-administer his/her medications while on school property or at school-related events. **Physician’s initials** \_\_\_\_\_\_\_\_

**Physician’s Name \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Phone\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Physician’s Signature\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Date\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**•••••••••••••••••••••••••••••••••••••••••••••••••••••••••••••••••••••••••••••••••••••••••••••••••••••••••••••••••••••••••••**

**Información Histórica**

**Severidad del asma:** **Qué provoca el asma**: □Resfriados □Polen □Polvo □Animales \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

□ Intermitente ***o*** □Humo □Plagas (roedores, cucarachas) □Estrés

Persistente: □Leve □Moderado □Severo □Ejercicio □Flujo gastroesofágico □Olores fuertes

**Control de asma**: □Estación\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ □Otro\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

□Bien controlada □Necesita mejor control

El alumno ¿alguna vez en el pasado ha sufrido un episodio de asma severa o donde era necesario tratarlo en la sala de urgencia o admitirlo al hospital? ¿qué tratamiento fue necesario en esa ocasión?\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**•••••••••••••••••••••••••••••••••••••••••••••••••••••••••••••••••••••••••••••••••••••••••••••••••••••••••••••••••••••••••••**

**Consentimiento del Padre de familia/Tutor para la Autoaplicación del Medicamento para Asma**

Yo  **sí concuerdo /****no concuerdo**  (señale una) con su doctor en permitir a mi hijo llevar y autoaplicar sus medicamentos de asma. Si mi hijo lleva consigo su propio medicamento de asma, entiendo que la clínica escolar no tendrá su(s) medicamento(s) de asma personal(es) a menos que yo provea uno adicional a la escuela en el caso de que mi hijo se olvide del suyo. Entiendo que la enfermera escolar también evaluará el conocimiento y capacidad de mi hijo de identificar los síntomas y autoaplicar su(s) medicamento(s) para asma. Sin embargo, reconozco que la escuela pone fe en mi declaración de que mi hijo ha recibido el entrenamiento adecuado para identificar los síntomas y autoaplicar su(s) medicamento(s) para el asma. **Iniciales del padre/madre** \_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Consentimiento del Padre de familia/Tutor para Personal Auxiliar No Acreditado aplique el medicamento para asma**

Yo **sí / no**  (marque uno) autorizo al Distrito designar personal auxiliar no acreditado (UAP) que ha sido capacitado por un profesional médico, incluyendo pero sin limitarse a, personal médico de urgencia, un doctor médico y/o enfermera acreditada, para que se aplique a mi hijo el(los) medicamento(s) para asma mientras esté presente en el ISD de Plano o en un evento relacionado con el ISD de Plano (como paseos escolares y eventos deportivos), cuando es posible que no haya disponible un profesional médico entrenado.Entiendo que es posible que no se provea a mi alumno los servicios escolares relacionados a la salud sin mi consentimiento requerido, como se explica aquí. **Iniciales del padre/madre** \_\_\_\_\_\_\_\_

# Consentimiento de los padres para revelar los datos y una fotografía

# Yo sí autorizo / no autorizo (señale uno) al ISD de Plano a exhibir una fotografía de mi hijo e indicar que esta persona tiene asma. Entiendo que el personal escolar que tiene trato con mi hijo recibirá información acerca de mi hijo que le ayudará en una situación de urgencia. Esto puede incluir, pero no se limita a: personal de la oficina de salud y sus suplentes, maestros y auxiliares de salón, maestros de asignaturas especiales, maestros suplentes, personal de oficina, personal de comedor y conductores de autobús. Entiendo que el motivo de eso es de permitir al personal escolar a mejor prevenir y responder a posibles emergencias. Esta autorización está vigente desde la fecha de su firma hasta terminar el año escolar. Iniciales del padre/madre \_\_\_\_\_\_\_

**Autorización del padre de familia/tutor para que el Personal escolar comunique Datos médicos**

*Autorizo a los representantes del Distrito, incluyendo los profesionales médicos y UAPs del Distrito, a compartir con el profesional médico o proveedor de salud identificado anteriormente, u obtener de dicha persona, los datos médicos de mi alumno a fin de planificar, implementar o aclarar las acciones necesarias en la aplicación de servicios escolares relacionados con la salud, que incluyen pero no se limitan a: atención de urgencia, cuidado para cualquier diagnóstico, tratamientos médicos según lo desglosado en el IHP del alumno, su PLAN 504, IEP o algún otro formulario de PISD solicitados para prestar los servicios médicos escolares. Con mi firma en esta Autorización, reconozco plenamente que la información utilizada o divulgada conforme a esta Autorización podría estar sujeta a la divulgación secundaria por las personas aquí autorizadas y la(s) con quien(es) se comunica(n), y dejar de ser protegidos por las reglas de HIPAA. Entiendo que dicha divulgación secundaria podría ser errónea, causarme vergüenza, causar disputas familiares, ser mal interpretado por profesionales no médicos y de otra manera causarme a mí y mi familia diferentes formas de daño. Por la presente exonero a cualquier Proveedor Médico que actúe confiado en esta Autorización contra cualquier responsabilidad que pudiese resultar de divulgar los Datos Médicos Personales e Identificables de mi hijo.* *No se proveerá al alumno los servicios escolares relacionados a la salud descritos en este documento sin el consentimiento del padre de familia/tutor, según se explica aquí.* Iniciales del padre/madre \_\_\_\_\_\_\_

**Exoneración del Padre de familia/Tutor sobre Reclamaciones contra el Distrito**

**y Acuerdo de Mantener Indemne**

Hasta donde permite la ley, a nombre mío y del alumno, libero y acepto defender, mantener indemne y sacar en paz y a salvo al Distrito contra cualquier reclamación, daño, demanda, o acción que de manera directa o indirecta resultara de, estuviera relacionado con, o surgiere de, la aplicación al Alumno del Medicamento para Asma, la autoaplicación del Alumno del Medicamento para Asma, y/o la divulgación de Datos de Salud que Permiten la Identificación Individual. Deberá interpretarse esta exoneración de la forma más amplia posible. Incluye la exoneración de cualquier reclamo contra el Distrito por razón de desatención o responsabilidad objetiva de su parte , sea exclusiva o coadyuvante, incluyendo cualquier responsabilidad que resultara de la infracción supuesta de alguna ley (aparte de las que protegen contra la discriminación por motivo de raza, edad, sexo u otra categoría que ha históricamente ha experimentado la discriminación), que nace de, es relacionada con, o surge de, sea directa o indirectamente, la aplicación al alumno por parte del Personal Escolar del Medicamento para Asma y/o la autoaplicación de alumno del Medicamento para Asma, o la divulgación de los Datos Médicos Personales e Identificables incluyendo, de manera enunciativa más no limitativa, acusaciones de que el Personal Escolar no evaluó correcta y suficientemente el conocimiento y capacidad de mi hijo de identificar las síntomas y autoaplicar su Medicamento para Asma, por negligencia no reconoció las síntomas que requieren el uso del Medicamento para Asma, interpretó mal las síntomas que creía obligar el uso del Medicamento para Asma, por negligencia aplicó o no aplicó el Medicamento para Asma, o "sobre divulgó" los datos de salud de mi hijo.

Las Directrices Administrativas para la Salud Escolar desarrolladas por el Distrito Escolar Independiente de Plano están sujetas a la Ley de Americanos con Discapacidades ("ADA"), 42 U.S.C. §12101, et seq.; Fracción 504 de la Ley de Rehabilitación de 1973 ("Sección 504"), 29 U.S.C. § 701, et seq.; y la Ley de Educación para Personas con Discapacidades ("IDEA"), 20 U.S.C. § 1400 et seq.

**Nombre del padre/madre/tutor:**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Teléfono \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

# Firma de padre/tutor\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

# 