



ASTHMA EMERGENCY CARE PLAN

For School Use Only

Medication: NO YES (Attach Med Form) Medication Location: _____




Copies of this ECP & Med Form, the medication, must go on all offsite activities.

TO BE COMPLETED BY PARENT/CAREGIVER

Name: _____ Date of Birth: _____ School: _____
 Grade: _____ Homeroom Teacher: _____ Room: _____
 Parent/Caregiver info: Name _____ Phone _____ Email _____

TO BE COMPLETED BY THE HEALTH CARE PROVIDER

Health Care Provider Treating Student for Asthma: _____ Ph: _____
 Other asthma medication used at home: _____
 Does student require inhaler before exercise: No Yes
 If yes, please specify: medication _____ to be given # _____ minutes before exercise
 Reduce exposure to the following asthma triggers: _____

Green Zone  Doing Well	SYMPTOMS <ul style="list-style-type: none"> Breathing is normal Feel good doing usual activities No cough, wheeze, chest tightness, or shortness of breath 	ACTIONS TO TAKE Student continues taking daily medication at home as prescribed GOAL: Prevent asthma symptoms every day and feel good!
Yellow Zone CAUTION! 	SYMPTOMS <ul style="list-style-type: none"> Cannot do all of your normal activities Regular breathing is a little faster than normal Slight cough, wheeze, chest tightness, or shortness of breath Mild chest congestion from cold or allergies 	ACTIONS TO TAKE Staff stays with the student. Staff remains calm and speaks softly Staff seats student in an upright position Staff to encourages student to take slow, deep breaths (“belly breathing”) Staff assists with quick relief medication (as prescribed): _____ (name of the medication, *see medication form) Staff to wait with the student for 15 minutes. If symptoms resolve and student remains in Green Zone, may return to class. Staff to call school nurse/parent/guardian to inform GOAL: Student is back in the green zone
Red Zone Medical Alert 	SYMPTOMS <ul style="list-style-type: none"> Persistent cough or wheeze Cannot walk, talk, or move well Rapid or shallow breathing Flared or enlarged nostrils Struggling or gasping for breath Difficulty Speaking Gray, dusky, or bluish color around mouth or under nails Quick relief medication hasn’t helped 	EMERGENCY! Get help! Do not leave student alone ACTIONS TO TAKE <ul style="list-style-type: none"> CALL 911 immediately and notify parents Administer CPR if breathing stops! Continue until paramedics (EMS) arrive! <ul style="list-style-type: none"> Give a copy of the student’s Emergency Card to EMS Send emergency medication with EMS

I authorize school personnel to implement this Asthma Emergency Care Plan as described. **I have completed a medication form for the quick relief medication.**

Health Care Provider Signature & NPI #

Date

Doy mi consentimiento para que las autoridades escolares tomen la acción apropiada para la seguridad y bienestar de mi hijo/a. Doy mi consentimiento para que las autoridades escolares se comuniquen con el médico de mi hijo/a, cuando sea necesario.

Firma del padre de familia o encargado

Fecha

San Mateo Union High School District
Autorización para tomar medicinas durante el horario escolar

De acuerdo con el artículo 49423 y la subdivisión (b) del artículo 49423.6 del Código de Educación de California, el alumno que necesite tomar medicinas con receta durante el horario escolar puede ser asistido por el personal de enfermería de la escuela u otro personal de la escuela designado a tal efecto si se cumplen estas dos condiciones: (a) Que el profesional médico del alumno emita una nota por escrito que especifique, como mínimo, la medicina que el alumno tiene que tomar, la dosis y durante cuánto tiempo deberá tomarla. También debe detallar –según sea necesario– cómo administrarla, qué cantidad y a qué horas deberá tomarla. b) Que el padre/la madre/el tutor legal del alumno presente una nota por escrito en la que pida que se le administren dichas medicinas o que se le ayude a tomarlas, según indique la nota por escrito del profesional médico autorizado.

Con la aprobación del profesional médico autorizado del alumno y la de su padre/madre/tutor legal, una agencia local de educación puede permitir que un alumno porte medicinas o que las tome por sí solo.

ESTA SECCIÓN DEBE SER COMPLETADA POR EL PADRE/LA MADRE/EL TUTOR LEGAL:

Nombre de la escuela _____

Nombre del estudiante _____ Sexo _____ Fecha de nacimiento _____
Apellido Primer nombre

Nombre del médico/profesional médico _____ Domicilio _____ Teléfono _____
()

En cuanto a las medicinas abajo autorizadas por su médico/profesional médico:

Pido que las personas autorizadas ayuden a mi hijo(a) a tomar sus medicinas en la escuela: Sí _____ No _____

Pido que permitan a mi hijo(a) portar sus medicinas y tomarlas por sí solo(a): Sí _____ No _____

Entiendo que las medicinas deben estar en el envase original de la farmacia, tener una etiqueta con el nombre del alumno y del profesional médico que las recetó, el nombre de las medicinas, la fecha de la receta original, la cantidad del principio activo (concentración), la dosis y las instrucciones para tomarlas. Si las medicinas se guardan en la oficina de salud de la escuela, serán destruidas si no se recogen dentro de la semana posterior al final del año escolar o de la orden médica. He leído y firmado el consentimiento adjunto (reverso) que permite que el personal designado de la escuela hable con el profesional médico de mi hijo(a) si tiene preguntas médicas. Entiendo que se podrá suspender la administración de un medicamento si los padres lo solicitan por escrito. Como padre/madre/tutor legal del alumno nombrado arriba, por el presente dejo indemne y a libero a todo el personal, a los empleados y a los agentes del San Mateo Union High School de cualquier demanda, acción judicial, juicio y responsabilidades de cualquier tipo o naturaleza cuando éstos actúen de acuerdo con las instrucciones del profesional médico de mi hijo(a).

Fecha Firma del padre/de la madre/del tutor legal Teléfono de la casa Teléfono de emergencia

THE FOLLOWING SECTION IS TO BE COMPLETED BY THE PHYSICIAN /ESTA SECCIÓN DEBE SER COMPLETADA POR EL MÉDICO:

Diagnosis for which medication is given / Diagnóstico por el cual se receta la(s) medicina(s): _____

Name of medication / Nombre de la(s) medicina(s): _____

Form / Presentación: _____ **Dose & route / Dosis y vía de administración:** _____

If medicine is to be given DAILY, at what time(s) / Si la(s) medicina(s) debe(n) tomarse TODOS LOS DÍAS, indique a qué hora(s): _____

If medicine is to be given WHEN NEEDED, describe indications / Si la(s) medicina(s) debe(n) tomarse sólo CUANDO SEA NECESARIO, explique: _____

How soon can it be repeated? / ¿Cada cuánto tiempo puede(n) volver a tomarse?: _____

List significant side effects of medication / Escriba los efectos secundarios importantes de esta(s) medicina(s): _____

Length of time this treatment is recommended / ¿Por cuánto tiempo recomienda este tratamiento?: _____

In my opinion, this student shows the capability to carry and self-medicate the above medication: Yes (Sí) _____ No (No) _____
Opino que este alumno es capaz de portar esta(s) medicina(s) y de tomarla(s) por sí solo(a):

If necessary, this medication may be safely and appropriately administered by trained unlicensed school personnel: Yes _____ No _____ N/A _____
Si es necesario, este medicamento puede ser administrado adecuadamente y de manera segura por personal capacitado de la escuela sin licencia:

Date: _____ **Signature of Authorized Health Care Provider:** _____

**Health Care Provider
Address Stamp (required):**

SAN MATEO UNION HIGH SCHOOL DISTRICT
AUTORIZACIÓN PARA USAR Y/O DIVULGAR INFORMACIÓN SOBRE LA SALUD DEL ESTUDIANTE

Completar este documento autoriza la divulgación y/o el uso de información sobre la salud del estudiante. Esta información revela la identidad de la persona, como se expresa más abajo, en concordancia con las leyes de California y las leyes federales en cuanto a la privacidad de dicha información. Esta autorización podría invalidarse si la información que se proporciona está incompleta. Tengo el derecho de recibir una copia de esta Autorización. Para que la escuela pueda dar a este estudiante los servicios que necesita, es probable que (yo) tenga que firmar esta autorización.

USO Y DIVULGACIÓN DE LA INFORMACIÓN:

Nombre del paciente/estudiante: _____
Apellido/Primer nombre/Inicial del segundo nombre/Fecha de nacimiento

Yo, el/la abajo firmante, por el presente autorizo a (nombre de la agencia y/o profesionales médicos):

(1) _____ (2) _____
a proporcionar la información sobre la salud del estudiante mencionado arriba, contenida en la historia clínica de éste, y a que la intercambie con:

San Mateo Union High School District
Distrito escolar receptor de dicha divulgación

650 N. Delaware Street, San Mateo CA 94401
Domicilio/ciudad y estado/código postal

Sara Devaney, Health Services Manager
Persona de contacto en el distrito escolar

650-558-2222 (Confidential Fax 650-762-0250)
Código de área y número de teléfono

La divulgación de la salud del estudiante se requiere para los siguientes propósitos:

La información solicitada estará limitada a: Información completa sobre la salud del estudiante o información sobre una enfermedad en particular, como se describe a continuación:

DURACIÓN: Esta autorización entrará en vigor inmediatamente y permanecerá vigente hasta _____ (escriba la fecha) o durante un año después de la fecha en que se haya firmado (si no se especifica otra fecha).

RESTRICCIONES: Las leyes de California prohíben al distrito escolar que continúe divulgando la información sobre la salud del estudiante, a menos que obtenga mi autorización (otra distinta a esta) o a menos que tal divulgación haya sido específicamente requerida o permitida por la ley. Entiendo que el distrito escolar protegerá esta información, como lo define la Ley de Derechos Educativos y de Privacidad de la Familia (FERPA) y la ley estatal, y que la información formará parte del expediente del estudiante. La información será compartida con individuos que trabajan en/con el distrito escolar con el propósito de brindar ambientes educativos, servicios y programas de salud escolares que sean seguros, apropiados y menos restrictivos. Si el estudiante se muda a otro distrito escolar, sus expedientes serán transferidos automáticamente al nuevo distrito.

SUS DERECHOS: Entiendo que tengo los siguientes derechos con respecto a esta Autorización: Puedo revocarla en cualquier momento. Mi revocación debe ser por escrito, firmada por mí o en mi representación, y entregada a las agencias/personas relacionadas con la atención médica mencionadas arriba. Mi revocación entrará en vigor en cuanto sea recibida; sin embargo, la misma no tendrá efecto alguno sobre los actos previos del distrito escolar que fueron realizados conforme a esta autorización.

APROBACIÓN: _____
Nombre (escriba, por favor)

Firma

Fecha

Parentesco con el paciente/estudiante

Código de área y número de teléfono