	ian ae iraiai		atient Name: ————			
	ontra el asm	a spanish	/ledical Record #:			
om	bre del proveedor:		OOB:			
° de teléfono del proveedor: Comp			ado por:	Fecha:		
	Medicamentos de control	Cantidad que se debe tomar	Con qué frecuencia se deben tomar	Otras instrucciones		
			veces por día TODOS LOS DÍAS	☐ Hacerse gárgaras o enjuagarse la boca después de tomar el medicamento		
			TODOS LOS DÍAS			
			TODOS LOS DÍAS			
			TODOS LOS DÍAS			
Me	edicamentos de alivio rápido	Cantidad que se debe tomar	Con qué frecuencia se deben tomar	Otras instrucciones		
☐ Albuterol (ProAir, Ventolin, Proventil)☐ Levalbuterol (Xopenex)		☐ 2 inhalaciones ☐ 4 inhalaciones ☐ 1 tratamiento con nebulizador	Deben tomarse SÓLO en caso de ser necesario (ver debajo; comenzar en la Zona amarilla o antes de hacer ejercicio)	NOTA: Si necesita tomar este medicamento ma de dos días a la semana, llame a su médico par consultar sobre la necesidad de un aumento de dosis para los medicamentos de control, y para conversar sobre su plan de tratamiento.		
L ZONA VEKDE	Se siente bien. No tiene tos, resuellos, opresión en el pecho ni dificultad para respirar durante el día o la noche. Puede realizar las actividades habituales. Capacidad pulmonar máxima (para personas de 5 años en adelante): es o más. (80% o más de su mejor nivel de capacidad pulmonar máxima) Su mejor nivel de capacidad pulmonar máxima (para las personas de 5 años en adelante): Evite aquello que pueda empeorar el asma. (Ver el reverso del formulario)					
ZONA AMAKILLA	 Su estado empeora. Tiene tos, resuellos, opresión en el p para respirar o Se despierta por las noches debido a Puede realizar algunas de sus activipero no todas. Capacidad pulmonar máxima (para la la	echo, dificultad a los síntomas del asma, o vidades habituales, ara personas de 5 años en adelante):	todos los días, Y: Recibainhalaciones o_ de nebulizador. Si no vuel- minutos, debe tomari más. Si no vuelve a la Zo Aumentar Agregar Llamar_ Continúe usando los med	es oel medicamento de alivio rápido por medio vuelve a la <i>Zona verde</i> en el plazo de 20 o 30inhalaciones o tratamientos con nebulizador a <i>Zona verde</i> en una hora, entonces debe:		
			ALERTA MÉDICA ¡Pida ayuda!			
ZUNA KUJA	 Mucha dificultad para respirar, o Los medicamentos de alivio rápido o No puede realizar las actividades h Los síntomas son los mismos o em Capacidad pulmonar máxima (pa adelante): menos de	nabituales, o peoran después de 24 horas. ara personas de 5 años en	minuto y pida ay	alivio rápido: inhalaciones cada ruda de inmediato.		
	Peligro. ¡Pida ayuda dificultad para respirar, o si tie	ne los labios o las uñas grises o	o morados. Si se trata de i	para caminar o hablar debido a la un niño, llame al 911 en caso de el niño no responde normalmente.		

©2008, Public Health Institute (RAMP)

Date

Healthcare Provider Signature

FORMULARIO DE AUTORIZACIÓN ESCOLAR: debe ser completado por el padre, madre o tutor, y debe ser entregado a la escuela.

AUTORIZACIÓN Y DESCARGO DE RESPONSABILIDA de la escuela ayuden a mi hijo con los medicamentos cont el asma, conforme a lo establecido por las leyes y las regla ☐ Sí ☐ No. Mi hijo puede llevar consigo y administrarse a sí mismo lo y al personal escolar de toda reclamación de responsabilid autoadministrarse los medicamentos contra el asma: ☐ Sí ☐ No.	tra el asma que se detallan amentaciones estatales. s medicamentos contra el a	en este formula asma, y estoy de	ario y con el Plan d e acuerdo en eximi	e acción contra r al distrito
Firma del padre, madre o tutor		Fecha		
AUTORIZACIÓN PARA UTILIZAR O DIVULGAR LA IN	FORMACIÓN DE SALUD	A LOS DISTRI	TOS ESCOLARES	
Al completar este documento, usted autoriza la divulgació a lo establecido a continuación y en cumplimiento de las l de dicha información. Si no proporciona toda la informació	eyes federales (inclusive la	HIPAA) establed	cidas para protegei	
USO Y DIVULGACIÓN DE LA INFORMACIÓN:				
Nombre del paciente/alumno:			1	
Nombre del paciente/alumno: Apellido Nombre Yo, quien suscribe, autorizo por medio del presente docum	re Inicial del se ento a (nombre de la agen	gundo nombre cia o proveedor	Fecha de nacimi es de atención méd	iento dica):
(1)	(2)			a proporcionar
(1)información sobre la salud del niño mencionado que se en	ncuentra en su registro méc	dico a y desde:		_ a proporcional
La escuela o el distrito escolar al que se divulgue la informad	ción Dirección/	Ciudad y estado	/Código postal	-
Persona de contacto en la escuela o el distrito escolar	Código de	área y número	de teléfono	_
La divulgación de la información sobre la salud se requiere	e por el siguiente motivo:	·		
La información requerida se limitará a lo siguiente: ☐ Toda la información sobre la salud; o ☐ Información	específica sobre la enferm	edad, como se c	describe:	-
DURACIÓN:				-
Esta autorización entrará en vigencia de inmediato y perm de la fecha en que se firmó, si no se indicó ninguna fecha. RESTRICCIONES:		(6	escriba la fecha) o	por un año a partir
Las leyes prohíben que el Solicitante haga otro tipo de divotro formulario de autorización firmado por mí, o a menos SUS DERECHOS:				
Entiendo que tengo los siguientes derechos con respecto a Mi revocación debe ser por escrito, debe incluir mi firma o médica o a las personas detalladas anteriormente. Mi revono se hará efectiva en la medida en que el Solicitante u ot DIVULGACIONES POSTERIORES:	ser efectuada en mi nomb ocación entrará en vigencia	re y debe ser en a partir del moi	itregada a las ager mento en que se la	ncias de atención n reciba, pero
Entiendo que el Solicitante (distrito escolar) protegerá esta los Derechos de las Familias (Family Equal Rights Protectio alumno. La información se compartirá con las personas qu entornos educativos y servicios y programas de salud esco	on Act, FERPA) y que dicha le trabajen en el distrito esc	información forr colar o junto cor	mará parte del hist n éste, con el propo	orial educativo del
Tengo derecho a recibir una copia de esta autorización. Po los servicios adecuados en el entorno educativo.	siblemente se requiera que	e firme esta auto	orización para que	este alumno obtenga
APROBACIÓN:				
Nombre en letra de imprenta	Firma		Fecha	_
Relación con el paciente o alumno	Código de área y	número de teléf	ono	