

## Uso de Albuterol no asignado: Informe al Padre/Tutor

Para estudiantes con un diagnóstico de asma registrado.

Padre/tutor de \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

Su hijo visitó la enfermería de la escuela hoy con estos problemas:

- |  |   |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Silbidos  | <input type="checkbox"/> Tos                  |
| <input type="checkbox"/> Presión en el pecho   | <input type="checkbox"/> Problemas de respiro |
| <input type="checkbox"/> Problemas en educación física porque le costaba respirar.   |   |
| <input type="checkbox"/> Necesitó atención de emergencia porque le costaba respirar. |   |
| <input type="checkbox"/> Otro _____  |   |

Para ayudarlo a respirar mejor, la enfermería de la escuela:

- Le dio a su estudiante los medicamentos recetados.
- Administró medicación de alivio rápido para problemas respiratorios (Albuterol)

Dosis: \_\_\_\_\_ Hora: \_\_\_\_\_

Regresaron a clases cuando se sintieron mejor.

- Contactó a los servicios médicos de emergencia (EMS) en caso de problemas respiratorios/asma

Por favor, lleve los elementos marcados a la enfermería de la escuela. Esto ayudará a la escuela a apoyar la salud de su estudiante.

- Plan de Acción para el Asma nuevo o actualizado proporcionado por el médico de su hijo/a (Ejemplo adjunto)
- Formulario de Autorización de Medicamentos Escolares
- Medicamento que su hijo/a necesita usar en la escuela.
- Un espaciador para su inhalador para ayudarles a usar su medicamento.

Otras Notas: \_\_\_\_\_

**Por favor, comparta este formulario e información con el proveedor de atención médica de su estudiante**

Por favor, avísenos si desea ayuda para encontrar un proveedor de atención médica.

**Puede ponerse en contacto con nosotros si tiene alguna pregunta o inquietud. ¡Gracias!**

Nombre \_\_\_\_\_ Información de Contacto \_\_\_\_\_