

PARENT/GUARDIAN AUTHORIZATION OF ASTHMA MEDICATION AT SCHOOL

Student Name: _____ **Birth Date:** _____ **Student ID#:** _____

School Name: _____ **Teacher:** _____ **Grade:** _____

Only those medications that are medically necessary during school hours or written in an IEP should be sent to school.

Children's/AISD Student Health Services and AISD require the following:

- Parent/Guardian written authorization for inhaler administration at school.
- Asthma medication in original, labeled container. Label should include student's first and last name, name of medicine, dosage and directions, name of physician who is licensed in Texas, and current date.
- Inhaler must NOT be expired.
- The first dose of this medication **may not be given at school.**

Please complete the following:

Medication Name and Strength	Dosage	Time(s) to be Given at School	Type of Spacer	Medical Condition for which Medication is given	Medication expiration date	Additional Comments
					Expires: _____	

Medication Start Date: _____ Medication Stop Date: _____

(Note: the first dose of any medication may NOT be given at school)

Has the student ever received this medication before? Yes _____ No _____

If Yes, Date and Time last dose given _____

- I request that the above medication be given during school hours as ordered by this student's physician. I also request that the medication be given on field trips, as prescribed.
- I will notify the school of any change in the medication, (dosage change, time change, etc.).
- I give permission for the school nurse to communicate with the student's teachers about the student's health condition(s) and the action(s) of the medication.
- I give permission for trained school personnel to assist the student with inhaler.

My child _____ **may/may not** carry the inhaler home when the school year ends.

Circle One

Parent/Guardian Name: _____ Relationship to Student: _____ Phone Number: _____

Parent/Guardian Signature: _____ **Date:** _____

IF YOU WANT YOUR STUDENT TO CARRY HIS/HER INHALER:

Children's/ AISD Student Health Services and AISD require the following:

- Written request from parent/ guardian to allow the student to carry the prescribed inhaler and use without supervision.
- Permission from the school nurse, after assessing the student's knowledge and ability to safely carry and use the inhaler without supervision.
- WRITTEN AUTHORIZATION FROM THE PHYSICIAN (see below).

I request that my child be permitted to carry the prescribed inhaler and to use it without supervision with physician authorization signed below.

Parent/Guardian Signature: _____ Date: _____

PHYSICIAN AUTHORIZATION:

- Student is knowledgeable about the asthma inhaler and understands how and when to use it safely.
- Student may administer the inhaler without supervision.
- Student is not approved to self-medicate.

Physician's Printed Name: _____ Office Phone Number: _____

Physician's Signature: _____ **Date:** _____

Principal or designee notified for self carry: Yes No

Reviewed by RN _____ Student _____ may/ _____ may NOT carry and self-administer this inhaler.
Date _____

Reviewed by RN _____ SHA _____ may/ may NOT administer this medication.
Date _____

RN PRINTED Name: _____ RN Signature: _____

**AUTORIZACIÓN DE PADRES/CUSTODIO LEGAL PARA DAR MEDICINA
PARA ASMA EN LA ESCUELA**

Nombre del estudiante: _____ Fecha de nacimiento: _____

Nombre de la escuela: _____ Maestro(a): _____ Grado: _____

Solo los medicamentos que son médicamente necesarios durante horas de escuela, o que están escritos en un IEP deben enviarse a la escuela

Servicios de salud a niños/estudiantes de AISD, y AISD requieren lo siguiente:

- Autorización escrita de padres/custodio legal para administración de inhalador en la escuela.
- Medicina para el asma en envase original membretado. El membrete debe incluir nombre y apellido del estudiante, nombre de la medicina, dosis e instrucciones, nombre del médico con licencia de Texas y fecha actual.
- El inhalador NO debe haber expirado.
- La primera dosis de esta medicación **no puede darse en la escuela.**

Sírvase contestar lo siguiente:

Nombre y potencia de la medicina	Dosis	Hora(s) de darla en la escuela	Tipo de espaciador	Razón/ Mal médico por el que se da la medicina	Fecha de caducidad de medicamentos	Comentarios adicionales

Fecha de inicio de medicamentos: _____ Fecha de finalización medicamentos: _____

(Nota: la primera dosis de medicamentos no puede darse en la escuela)

¿El estudiante nunca recibido este medicamento antes? Sí _____ No _____

En caso afirmativo, fecha y hora de última dosis dado _____

- Pido que la medicina se dé durante horas de escuela, tal como lo ordenó el médico del estudiante. También pido que la medicina se dé en viajes de estudio, tal como está prescrito.
- Avisaré a la escuela cualquier cambio en la medicación, (cambio de dosis, o de tiempo, etc.).
- Doy permiso de que la enfermera escolar se comunique con los maestros(as) del estudiante sobre las condiciones de salud del estudiante y las medidas acerca de la medicación.
- Doy permiso al personal escolar capacitado de asistir al estudiante con el inhalador.
- Mi hijo(a) _____ **puede/NO puede** llevarse la medicina a casa cuando el año escolar termine.

Encierre en un círculo

Nombre de padres/custodio legal: _____ Relación con el estudiante: _____ # de teléfono: _____

Firma de padres/custodio legal: _____ Fecha: _____

SI QUIERE QUE SU ESTUDIANTE LLEVE CONSIGO EL INHALADOR:

Servicios de salud a niños/estudiantes de AISD, y AISD requieren lo siguiente:

- Petición escrita de padres/custodio legal para permitir que el estudiante traiga consigo el inhalador prescrito y lo use sin supervisión.
- Permiso de la enfermera escolar, después de evaluar el conocimiento y la capacidad del estudiante para llevar consigo y usar en forma segura el inhalador, sin supervisión.
- AUTORIZACIÓN ESCRITA DEL MÉDICO (ver abajo)

.Le pido que mi hijo se les permite llevar la prescrito inhalador y utilizarlo sin supervisión con medico autorización firmada por debajo.

Firma de padres/custodio legal: _____ Fecha: _____

AUTORIZACIÓN DEL MÉDICO

- El estudiante conoce bien el inhalador del asma y entiende cuándo y cómo usarlo con seguridad.
- El estudiante puede administrarse el inhalador sin supervisión.
- El estudiante no está aprobado para auto-medicarse.

Nombre impreso del médico: _____ # de teléfono de su consultorio: _____

Firma del médico: _____ Fecha: _____

Director(a) o designado al que se da aviso de auto-posesión: Sí No

Revisado por RN _____ Estudiante _____ puede/ _____ NO puede llevar y auto-administrarse el inhalador.
Fecha

Revisado por RN _____ SHA _____ puede/NO puede administrarse el inhalador
Fecha

Nombre IMPRESO de RN: _____ Firma de RN: _____

Información de los padres sobre Asma

Nombre del estudiante _____ Fecha de nacimiento _____ Escuela _____ Maestro/grado _____

Padre/Custodio legal _____ Teléfono (C) _____ Teléfono(T) _____ Teléfono(Cel.) _____

Madre/Custodio legal _____ Teléfono (C) _____ Teléfono(T) _____ Teléfono(Cel.) _____

Contacto de emergencia _____ Relación _____ Teléfono _____

Médico/Clínica _____ Teléfono(oficina) _____ FAX _____

¿Su hijo(a) ve otro médico / clínica para el asma? (Si es "sí", sírvase llenar la información del doctor) Sí No

Médico/Clínica _____ Teléfono(oficina) _____ FAX _____

Lista de todas las medicinas: casa _____

escuela _____

Qué es lo que provoca el ataque de asma de su hijo(a) (marque todo lo que se aplique)

- | | | |
|---|--|--|
| <input type="checkbox"/> picaduras de insecto/ aguijones | <input type="checkbox"/> humo de cigarrillos | <input type="checkbox"/> resfriados/ influenza/enfermedades |
| <input type="checkbox"/> polvo/ garrapatas del polvo | <input type="checkbox"/> animales de peluche | <input type="checkbox"/> alfombra |
| <input type="checkbox"/> ejercicio | <input type="checkbox"/> moho | <input type="checkbox"/> días de alerta por ozono |
| <input type="checkbox"/> plagas/ cucarachas | <input type="checkbox"/> mascotas | <input type="checkbox"/> Plantas, flores, pasto cortado, polen |
| <input type="checkbox"/> aire frío | <input type="checkbox"/> cambios del tiempo | <input type="checkbox"/> humo de madera |
| <input type="checkbox"/> olores fuertes, perfume, productos de limpieza | <input type="checkbox"/> alimentos: _____ | <input type="checkbox"/> emoción |
| | _____ | <input type="checkbox"/> Otros: _____ |

¿Tiene el estudiante un auto-inyector? Sí No

Describe los síntomas de su hijo(a) antes o durante un episodio de asma (Marque todos los que se apliquen)

- | | | |
|---|--|---|
| <input type="checkbox"/> tos | <input type="checkbox"/> "opresión" en el pecho | <input type="checkbox"/> frotamiento de barbilla/cuello |
| <input type="checkbox"/> dificultad para respirar | <input type="checkbox"/> respiración áspera y rápida | <input type="checkbox"/> sensación de fatiga/ debilidad |
| <input type="checkbox"/> resuello silboso | <input type="checkbox"/> escurrimiento nasal | <input type="checkbox"/> otros: _____ |

¿Cuántos años ha tenido asma su hijo(a)? ____/años o ____/meses

¿Con qué frecuencia resuella o tose su hijo(a)? ____/por semana o ____/mes

¿Tose o resuella su hijo(a) durante la noche? Sí No: If es "sí", ¿con qué frecuencia? ____/semana ____/mes

¿Qué hace su hijo en casa para aliviar la respiración difícil durante un ataque de asma?

descansar/relajarse beber/líquidos medicinas Otra cosa: _____

¿Querría Ud. tener más información educativa sobre el asma? Sí No

Autorización para dar información médica:

1. **Por este documento autorizo a** _____ a dar información sobre el asma de mi hijo(a)
Clínica/Proveedor

_____ al personal de salud estudiantil en la escuela _____
Nombre del estudiante

Firma de padres/custodio legal

Nombre en letra de molde

Fecha

2. **Doy permiso** de que la enfermera escolar se comunice con el doctor de mi hijo(a) sobre el asma y su tratamiento

Firma de padres/custodio legal

Nombre en letra de molde

Fecha



The colors of a traffic light will help you use your asthma medicines.

Green = Go Zone!
Use preventive medicine.

Yellow = Caution Zone!
Add quick-relief medicine.

Red = Danger Zone!
Get help from a doctor.

PREDICTED NORMAL PEAK FLOW READING:

_____ lpm

CENTRAL TEXAS ASTHMA ACTION PLAN

To be completed by Physician Designee and signed by Physician

Date _____

Patient Name _____

Date of Birth _____

Has the patient ever been admitted to ICU? () Yes () No

Has the patient ever required mechanical ventilation? () Yes () No

Please classify this patient's asthma. Refer to these choices adopted from the NIH Asthma Management Guidelines.

Asthma Classification by Physician: () Mild intermittent () Moderate persistent
() Mild persistent () Severe persistent

Classification	Days with symptoms	Nights with symptoms	FEV1 or PEF (% pred. normal)
Severe persistent	Continual	Frequent	≤ 60%
Moderate persistent	Daily	≥ 5/month	> 60% to <80%
Mild persistent	> 2/week	3 to 4/month	≥ 80%
Mild intermittent	≤ 2/week	< 2/month	≥ 80%

GREEN ZONE: No signs or PF 80-100% of Predicted Normal or Personal Best – Take Preventative Medication

PEAK FLOW FROM _____ TO _____

You have all of these



- Breathing is good
- No cough or wheeze
- Sleep through night
- Can work and play

1. What preventative medications are prescribed and how often are they given? Name and Dose:

2. Does this patient have Exercised Induced Asthma? () Yes () No If yes, what medication should be given for EIA?

Take only one of the treatments 15-20 minutes before physical activity as needed.

ALBUTEROL 2 puffs MDI & spacer ALBUTEROL 1 vial in nebulizer

XOPENEX 2 puffs MDI & spacer XOPENEX 1 vial in nebulizer

OTHER: _____

YELLOW ZONE: Caution Signs or PF 50 – 79% of Predicted Normal or Personal Best – Continue Preventative Medication

PEAK FLOW FROM _____ TO _____

You have any of these:



- First signs of a cold
- Exposure to known trigger
- Coughing doesn't stop
- Mild wheeze
- Chest tightness

In case of an asthma exacerbation, what quick-relief medication should be used?

Take one treatment every 4-6 hours as needed for 24-48 hours.

Recheck peak flow 15 minutes after treatment

ALBUTEROL _____ puffs MDI & spacer ALBUTEROL 1 vial in nebulizer

XOPENEX _____ puffs MDI & spacer XOPENEX 1 vial in nebulizer

OTHER: _____

If treatments are needed for longer than 24-48 hours, call your doctor.

RED ZONE: Danger Signs or PF Below 50% of Predicted Normal or Personal Best – Continue Preventative Medication

PEAK FLOW BELOW _____

Your asthma is getting worse fast:



- Medicine isn't helping
- Breathing is hard and fast
- Nose opens wide
- Ribs show during breathing
- Can't talk well.
- Inhale & exhale wheeze

1. In case of an asthma exacerbation, what quick-relief medication should be used?

Take one treatment every 20 minutes for up to three treatments only.

Recheck peak flow 15 minutes after treatment

ALBUTEROL _____ puffs MDI & spacer ALBUTEROL 1 vial in nebulizer

XOPENEX _____ puffs MDI & spacer XOPENEX 1 vial in nebulizer

OTHER: _____

2. Get immediate medical attention – Call your doctor. If at school, go to the nurse. Or, call 911.

For children in school: School Name: _____ School district: _____

I certify that the above named student has asthma and is capable of carrying and self-administering the above quick-relief asthma medication. (Texas Inhaler Law.) () Yes () No

Physician signature: _____ Physician name: _____ Telephone: (____) _____ Date: _____

I give permission for the school nurse to administer the above physician orders and to communicate with my child's health care provider concerning my child's asthma.

Parent signature: _____ Parent name: _____ Telephone: (____) _____ Date: _____