

**Community Action Team
CHILD & FAMILY DEEVELOPMENT PROGRAMS**

Plan de información de asma

INFORMACIÓN DEL NIÑO

Nombre del niño: _____ Fecha: _____

DOB del niño: _____ Centro: _____

INFORMACIÓN DEL CONTACTO

Nombre del padre/tutor _____ Telefono _____

Nombre del padre/tutor _____ Telefono _____

Proveedor médica primaria _____ Telefono _____

Especialista (si aplica) _____ Telefono _____

El padre/tutor será notificado inmediatamente de cualquier sospecha de reacción alérgica, o si el niño entró en contacto con el alérgeno, incluso si no ocurrió una reacción.

INFORMACIÓN SOBRE EL ASMA DEL NIÑO

1. Describa los signos y síntomas:

2. ¿Cuáles son los primeros signos de un ataque de asma de su hijo? Marque correspondencia:

- | | | |
|--|---------------------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> Tos | <input type="checkbox"/> Malhumor | <input type="checkbox"/> Nariz que moquea |
| <input type="checkbox"/> Comer menos | <input type="checkbox"/> Menos activa | <input type="checkbox"/> Sibilancias |
| <input type="checkbox"/> Ojos llorosos/con picazón | <input type="checkbox"/> Vomito | <input type="checkbox"/> Problemas para dormir |

3. Cómo evitar o prevenir un episodio de asma:

4. ¿Qué desencadena el asma de su hijo? Marque correspondencia:

- | | | |
|---|---|---|
| <input type="checkbox"/> Resfriado/infección respiratoria | <input type="checkbox"/> Fumar | <input type="checkbox"/> Animales |
| <input type="checkbox"/> Cambios de clima | <input type="checkbox"/> Olores fuertes | <input type="checkbox"/> Ejercicio/Actividad Dura |
| | <input type="checkbox"/> Aire frio | <input type="checkbox"/> Polen |

5. ¿Hay alguna consideración especial que su hijo pueda necesitar mientras está en el centro / escuela relacionada con su asma?

MEDICAMENTO(S) PARA EL ASMA – Recetados y de venta libre

Medicamentos que se administrarán durante la escuela o en caso de emergencia:

Nombre del medicamento	Dosis	Instrucciones	Fecha de caducidad

PLAN DE RESPUESTA DE EMERGENCIA

1. Describa los síntomas que provocarían la administración de medicamentos de emergencia:

2. Enumere los pasos y procedimientos a seguir durante una emergencia relacionada con la condición médica especial del niño:

ENTRENAMIENTO DEL PERSONAL

Enumere el entranamiento requerida para el personal antes de que el niño asista:

FIRMAS		FECHA
Padres/Tutores:		Padres/Tutores:
Personal de Head Start:		Personal de Head Start:
Proveedor de salud:		Proveedor de salud: