

**Student Information:**

Student Name: \_\_\_\_\_ Student #: \_\_\_\_\_ Grade: \_\_\_\_\_  
 DOB: \_\_\_\_\_ School: \_\_\_\_\_ Date Form Completed: \_\_\_\_\_

**For exercise:** \_\_\_\_\_ inhaler \_\_\_\_\_ puffs 15-30 minutes before exercise.

Immediate action is required when the above-named student exhibits any of the following signs of an asthma attack:

- Repetitive Cough    Shortness of Breath    Chest Tightness    Wheezing/Retractions    Inability to Speak in Sentences

**Steps to take during an asthma flare:**

1. Give emergency asthma medications as listed below:

Quick Relief Medication	Dose	Frequency
<input type="checkbox"/> Albuterol Inhaler	2 - 4 puffs with spacer	Every 2 - 4 hours pm for cough
<input type="checkbox"/> Albuterol Neb		
<input type="checkbox"/> Xopenex Neb		
<input type="checkbox"/> Other Medications		

Reassess in 10-15 minutes and reclassify the child according to the following parameters:

	Cough	Respiratory Rate	Accessory Muscle Use or Retractions	Work of Breathing or Shortness of Breath
<b>Normal</b>	None to occasional	<b>Normal Rate</b> 2 - 4 y/o < 32 5 - 6 y/o < 28 7 - 14 y/o < 25 > 15 y/o < 22	None	<ul style="list-style-type: none"> <li>Normal</li> <li>Easily speaks in sentences</li> </ul>
<b>Asthma Symptoms Continue</b>	Very frequent to constant	> Normal for age	Present	Speaks in short sentences, or only in words

2. If the child is:
- Normal – the child may return to the classroom
  - Continues with asthma symptoms – continue with the medication listed in number 1 above every 15-30 minutes until EMS arrives
3. Activate EMS (call 911) IF the student has ANY of the following symptoms:
- Lips or fingernails are blue or gray
  - The student is too short of breath to walk, talk, or eat normally
  - The student gets no relief within 10-15 minutes of quick relief medicines OR the child has any of the following signs:
    - Persistent chest and neck pulling in with breathing
    - Child is hunching over
    - Child is struggling to breathe
    - Child's asthma symptoms continue as outlined in the table above

I certify that this child has been trained in the use of the listed medication, and is judged by me to be:

- Capable of carrying and self-administering the listed medication(s)  
 NOT capable of carrying and self-administering the listed medication(s)

I give Hall County School employees permission to contact my child's health care provider and/or pharmacy to acquire medical information concerning my child's diagnosis, medication, and other treatment(s) required.

The child should notify the school staff if one dose of the asthma medication fails to relieve asthma symptoms for at least 3 hours.

\_\_\_\_\_  
Healthcare Provider Name

\_\_\_\_\_  
Healthcare Provider Signature

\_\_\_\_\_  
Date

\_\_\_\_\_  
Healthcare Provider Address

\_\_\_\_\_  
Healthcare Provider Phone #

\_\_\_\_\_  
Parent Name and Address

\_\_\_\_\_  
Parent Signature

\_\_\_\_\_  
Date

Reviewed by School Nurse: \_\_\_\_\_

Date: \_\_\_\_\_

\*Refer to 504 Coordinator if appropriate

Revised 11/2022

**Información del estudiante:**

Nombre del Estudiante: \_\_\_\_\_ Estudiante #: \_\_\_\_\_ Grado: \_\_\_\_\_  
 Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_ Escuela: \_\_\_\_\_ Formulario de fecha completado: \_\_\_\_\_

**Para hacer ejercicio:** \_\_\_\_\_ Inhalador \_\_\_\_\_ soplos 15-30 minutos antes del ejercicio

Intervención inmediata es necesaria cuando el estudiante mencionado anteriormente exhibe cualesquiera de los siguientes síntomas de ataque de asma:

- Tos constante  Falta de Aire  Pecho congestionado  Respiración sibilante/ Retracción del pecho  Incapaz de hablar en oraciones completas

**Pasos a tomar durante un ataque de asma:**

1. Administre medicamentos de asma de emergencia de acuerdo a lo siguiente:

Medicamento Para un Pronto Alivio	Dosis	Frecuencia
<input type="checkbox"/> Albuterol Inhalador	2 - 4 soplos con accesorio	Parar la tos, cada 2-4 horas, según lo necesite
<input type="checkbox"/> Albuterol Neb		
<input type="checkbox"/> Xopenex Neb		
<input type="checkbox"/> Otros medicamentos		

Reevalúe en 10-15 minutos y reclasifique al niño de acuerdo a lo siguiente:

	Tos	Frecuencia Respiratoria	Contracción del músculo recogimiento del pecho	Dificultad al respirar o falta de aire
<b>Normal</b>	Ninguna a ocasional	<b>Frecuencia Normal</b> 2 - 4 años <32 5 - 6 años <28 7 - 14 años <25 > 15 años <22	Ninguna	<ul style="list-style-type: none"> <li>Normal</li> <li>Habla fácilmente en oraciones completas</li> </ul>
<b>Los síntomas del asma continúan</b>	Muy frecuente a constante	> Normal para su edad	Presente	Habla en oraciones cortas o sólo dice palabras

2. Si el niño está:

- Normal – el niño puede regresar al salón de clase
- Continúa con síntomas de asma – Continúe con el medicamento listado en el punto número 1, arriba, cada 15-30 minutos hasta que llegue el personal de emergencia (EMS, por sus siglas en inglés).

3. Inicie los pasos de emergencia EMS (llame al 911) SI el estudiante tiene CUALESQUIERA de los siguientes síntomas:

- Los labios o las uñas están azules o grises
- Se corta la respiración del estudiante al caminar, hablar o comer normalmente
- Después de administrarle los medicamentos para alivio rápido el estudiante no ha mejorado dentro de 10-15 minutos O el niño tiene alguno de los siguientes síntomas: Persistent chest and neck pulling in with breathing
  - Al respirar el pecho y el cuello se hunden persistentemente
  - El niño se enjoroba
  - El niño tiene dificultad para respirar
  - Los síntomas de asma del niño continúan igual que como están descritos en el cuadro de arriba

Certifico que este niño ha sido entrenado en el uso de los medicamentos ya mencionados y en mi opinión:

Tiene la habilidad de llevar consigo y suministrar sus propios medicamentos anteriormente enumerados.

NO tiene la habilidad de llevar consigo y suministrar sus propios medicamentos en la lista.

Doy permiso a los empleados de las Escuelas del Condado de Hall para contactar a los médicos de mi hijo y/o la farmacia para obtener información médica referente al diagnóstico, medicamentos y otro(s) tratamiento(s) requeridos por mi hijo.

El niño debe avisar al personal de la escuela si una dosis del medicamento de asma no mejora los síntomas por lo menos 3 horas.

\_\_\_\_\_  
Nombre del Médico

\_\_\_\_\_  
Firma del Médico

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Dirección del Médico

\_\_\_\_\_  
Número de Tel. de Médico

\_\_\_\_\_  
Nombre y Dirección del Padre de Familia

\_\_\_\_\_  
Firma del Padre de Familia

\_\_\_\_\_  
Fecha

Revisado por la Enfermera de la Escuela: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_