



HEALTH SERVICES
RICHARDSON INDEPENDENT SCHOOL DISTRICT
RISD ~Where all students learn, grow, and succeed.

Estimados padres de familia,

Queremos colaborar con ustedes y su hijo (a) que usted indicó que tiene asma. Para eso, necesitamos que nos manden cada uno de los documentos alistados en esta carta y así asegurar que su hijo (a) reciba la atención necesaria para su salud. Nótese que algunos de los documentos requieren la firma de su doctor.

Aprovecho la oportunidad para informarles acerca de algunos problemas que tenemos con los inhaladores. Cada tipo de inhalador tiene diferente número de dosis y muy pocos tienen manera de contar las dosis para saber cuando ya casi está vacío. Hemos encontrado que cuando se acaba el medicamento, el inhalador todavía tiene gas propulsor y uno puede pensar que sigue funcionando, pero el niño no mejora porque solo es gas.

Por eso, quisiéramos que nos manden un inhalador nuevo para el uso en la escuela. Si es imposible mandarnos un inhalador nuevo, favor de notificarnos cuanto uso ha tenido el inhalador que nos está mandando y la frecuencia que lo usa su hijo (a) y así podremos calcular cuando nos deben mandar uno nuevo. Esto asegurará que siempre tendremos medicamento adecuado para enfrentar cualquier ataque que tenga su hijo (a).

Todos asmáticos necesitan:

- Cuestionario de evidencia de asma
- Plan de Emergencia – **Requiere la firma de su Proveedor**
- Petición de Medicamento (cada medicamento requiere su propia petición)
- Medicamento (s) con receta

Si su hijo (a) usa un inhalador, pueda también entregar:

- Petición de Auto Suministro (da permiso que su hijo (a) mantenga con el/ella y se suministre el medicamento) – **Requiere la firma de su Proveedor**

Si su hijo (a) tiene un nebulizador, pueda también entregar:

- Boquilla y manguera
- Maquina de nebulizador**

Muchas gracias,

Nurse name, RN, BSN

469-593-XXXX



HEALTH SERVICES

Richardson Independent School District

Petición de los Padres y/o Proveedor para La Administración de Medicamentos por El Personal de la Escuela

2020-2021

Fecha: _____ Escuela: _____ Maestra/Grado: _____

Nombre del Estudiante: _____ Fecha de Nacimiento ____/____/____

Medicamento: _____ Fecha de Vencimiento: _____ Dosis: _____

El método de administración: por la boca inhalación tópico ojo(s) oído(s) nasal inyección (círculo: IM SQ IV) rectal GT/JT

Horas para dárselo: _____ Fecha en que debe terminar: _____

El medicamento es requerido por: _____

¿Ha tomado su hijo(a) este medicamento antes? SÍ NO

Alergias medicamentosas: No alergias medicamentosas conocidas Alergia: _____

Instrucciones Especiales/Precauciones/Efectos Secundarios del medicamento: _____

Indique cómo desea que se devuelva el medicamento a su casa cuando expire el pedido de medicamento:

Enviar a casa en la mochila del estudiante* recogido por el padre o el tutor legal por favor descarte las dosis restantes

*Las sustancias controladas, por ejemplo, el Ritalin o sales de anfetamina deben ser recogidas por un padre o tutor legal, no deberan ser devueltos a el estudiante.

El distrito tomar las medidas razonables para almacenar medicamentos a temperatura ambiente a menos se requiere la refrigeración. Los padres deben tomar medicamentos casero durante vacaciones escolares para evitar la exposición de medicamentos un calor o frío extremos.

Mi firma abajo indica que yo pido el personal de RISD administre el medicamento como se indica arriba a mi hijo/hija, y yo estoy dando permiso para los empleados de RISD contacten al médico por información adicional, si es necesario. Entiendo que para los medicamentos de venta con receta, solo un suministro de 30 días, se acepta a la vez.

Firma de un Padre o Guardián: _____ e-mail: _____

Teléfono del Guardián Durante el Día: (____)____-____ Celular: (____)____-____

Nombre del Proveedor: _____ Teléfono: (____)____-____

*La firma del medico es necesaria para administrar medicamentos de venta libre por mas de diez dias escolares consecutivos desde la fecha de la solicitud original. Medicamento con la etiqueta impresa de la pharmacia no requiere la firma del medico a continuacion.

* Firma del Doctor/Proveedor: _____

FOR OFFICE USE ONLY Entered in Focus Teacher Notified ____/____ IHP in Focus & eStar (if applicable)

Prescription Medication Count:

Date	# Pills	Counter's Signature	Witness Initials	Date	# Pills	Counter's Signature	Witness Initials

Comments (Indicated by * on back of form):

Date	Comments	Date	Comments	Date	RN Review

La medicina regreso a: Padre / Estudiante _____ Fecha: _____
Parent/Student Signature

STUDENT'S NAME: _____ MEDICATION: _____

DOSAGE: _____ TIME: _____

DAY	AUG	SEPT	OCT	NOV	DEC	JAN	FEB	MAR	APR	MAY	JUNE	DAY
1												1
2												2
3												3
4												4
5												5
6												6
7												7
8												8
9												9
10												10
11												11
12												12
13												13
14												14
15												15
16												16
17												17
18												18
19												19
20												20
21												21
22												22
23												23
24												24
25												25
26												26
27												27
28												28
29												29
30												30
31												31
DAY	AUG	SEPT	OCT	NOV	DEC	JAN	FEB	MAR	APR	MAY	JUNE	DAY

CHARTING CODES

A	DC	FT	H	OOM	R	*
Absent	Discontinued	Field Trip	Hold	Out of Medication	REACH	Comments on front of form



HEALTH SERVICES
Richardson Independent School District
Cuestionario de Evidencia de Asma
(Asthma History Questionnaire)

* Este formulario es ser renovado a principios de cada año escolar

Estudiante : _____ Fecha de Nacimiento: _____ Sexo: _____ Grado : _____

Información de Contactos de Emergencia

	Tel. # Casa:	Tel. # Trabajo:	Tel. # Celular:
Madre/Tutor:			
Padre/Tutor:			
Otro familiar/amigo:			
El Doctor:			

¿Cuándo fue su hijo (a) diagnosticado con asma por su doctor? _____

Favor de estimar la severidad del asma. (no severo) 1 2 3 4 5 (severo)

¿Cuales cosas provocan un ataque de asma en a su hijo(a)? Marque las causas.

- Alergias Fatiga Cambio del clima Cigarrillo/humo Emociones
 Ejercicio Enfermedad Medicamentos Olores químicos Alimento

¿Aproximadamente cuantos días no asistió a la escuela el año pasado debido al asma? 0 1-5 6-10 15+

¿Usa su hijo(a) en casa el Medidor de Flujo Respiratorio Máximo? Si No

Si usted marcó "Si", cual es el mejor registro de su hijo(a)? _____

¿Qué hace su hijo(a) en casa para aliviar el ahogo durante un ataque de asma? Marque todo lo que aplique.

- Inhalador Nebulizador Medicamento Descanso/relajamiento Líquidos Ejercicios respiratorios
 Algo más, por favor explique: _____

Que medicamentos usará su hijo(a)?			
Medicamento: _____	Que tan seguido?	<input type="checkbox"/> Diario <input type="checkbox"/> Tanto como necesite <input type="checkbox"/> Antes del ejercicio	
¿Es necesario dar este medicamento en la escuela?		<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	
Medicamento: _____	Que tan seguido?	<input type="checkbox"/> Diario <input type="checkbox"/> Tanto como necesite <input type="checkbox"/> Antes del ejercicio	
¿Es necesario dar este medicamento en la escuela?		<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	
Medicamento: _____	Que tan seguido?	<input type="checkbox"/> Diario <input type="checkbox"/> Tanto como necesite <input type="checkbox"/> Antes del ejercicio	
¿Es necesario dar este medicamento en la escuela?		<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	
Medicamento: _____	Que tan seguido?	<input type="checkbox"/> Diario <input type="checkbox"/> Tanto como necesite <input type="checkbox"/> Antes del ejercicio	
¿Es necesario dar este medicamento en la escuela?		<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	

*Es necesario completar una petición para cada medicamento que su hijo(a) necesite en la escuela.

¿Cuántas veces fue tratado durante el año pasado su hijo(a) en la Emergencia debido a su asma? _____

¿Tuvo que ser internando (hospitalizado) durante el año pasado debido a su asma? Si No ¿Cuántas veces? _____

¿Necesita su hijo(a) consideraciones especiales acerca del asma mientras está en la escuela? Si No

Si usted marcó "Si", por favor explique: _____

Información adicional:

Gracias por tomar el tiempo de completar este cuestionario acerca de las necesidades de su hijo(a) con respecto al asma. Por favor informe a la enfermera escolar cuando hayan cambios en el plan de tratamiento del asma de su hijo(a).



SCHOOL ASTHMA EMERGENCY PLAN

* Este formulario es ser renovado a principios de cada año escolar y según sea necesario durante el año escolar

Nombre del Estudiante: _____ Maestra/Grado: _____ Ano: _____

TO BE COMPLETED BY MEDICAL PROVIDER

Emergency action is necessary when this student has symptoms such as:

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Shortness of breath | <input type="checkbox"/> Signs of increased work of breathing |
| <input type="checkbox"/> Wheezing | <input type="checkbox"/> Other: _____ |
| <input type="checkbox"/> Peak flow between _____ and _____ | <input type="checkbox"/> Other: _____ |

STEPS TO TAKE DURING AN ASTHMA EPISODE:

1. Give emergency medication:

Rapid-acting Bronchodilator:

Name of Medication: _____
Route/Dosage: <input type="checkbox"/> MDI: _____ puff(s) OR <input type="checkbox"/> Inhalation via nebulizer: _____ vial(s)
Additional Instructions: _____
<input type="checkbox"/> This med may be repeated _____ times, with each dose at least _____ minutes apart for severe breathing difficulty.
If both a nebulized inhalation and an MDI are prescribed/available for this student, is one particular format preferred over the other in particular circumstances?
<input type="checkbox"/> No, either is fine to use during acute exacerbations.
<input type="checkbox"/> Yes. Please specify: _____

Other medications/treatments:

Name: _____
Route/Dosage: _____
Purpose: _____
When to use: _____
Additional Instructions: _____

2. Seek emergency medical care if this student experiences any of the following:

- No improvement 15-20 minutes after initial treatment with medication and a relative cannot be reached
- Student exhibits:

✓ Chest and neck pulled in with breathing	✓ Hunched over while breathing
✓ Flaring of nostrils	✓ Struggling to breathe
✓ Trouble walking or talking	✓ Lips or fingernails turn gray or blue

Additional comments and special instructions: _____

 Physician Name/Signature _____ Date (____)____-____ Phone Number

Yo doy permiso a la escuela de mi hijo(a) para que administren medicamento(s) a diario y en emergencia como sea necesario, en acuerdo con las instrucciones del doctor enunciadas arriba. Yo he completado "La Petición del Padre/Proveedor para la Administración de Medicamento" por cada uno de los medicamentos enunciados.

Firma del Padre/Guardián _____ Fecha



HEALTH SERVICES
Richardson Independent School District

20__-20__

Parent/Provider Request for Self-Administration of Prescription Metered-Dose Inhaler (MDI)
Petición del Padre/Proveedor para el Auto Suministro del Inhalador de Dosis Prefija

*A separate request form is to be completed for each medication. *Se necesita una forma por cada medicamento

Date of Request: _____ School: _____
Fecha de Petición Escuela

Student's Name: _____ Teacher/Grade: _____
Nombre del Estudiante Maestra/Grado

Medication: _____ Dosage: _____
Medicamento Dosis

Times to be Administered: _____ Dates to be Administered: _____
Frecuencia de suministro Fechas de Suministro

The purpose of the medication is: _____
El propósito del medicamento es

Special Instructions/Precautions/Side Effects of medication on the above named student.
Instrucciones Especiales/Precauciones/Efectos Secundarios del Medicamento para el estudiante mencionado arriba: _____

TO BE COMPLETED BY THE PROVIDER (PARA COMPLETAR POR EL PROVEEDOR)

My signature below indicates that:

- 1) The student indicated above has asthma.
- 2) I have instructed the student indicated above in the procedure to use his/her MDI and it is my professional opinion that this student is capable of carrying and self-administering the medication indicated above while on school property or at school-related events.
- 3) The student indicated above has my permission to self-administer the medication as directed above, in a properly labeled container, at the times and dosages as indicated above.

I understand that RISD reserves the right to require that this medication be kept in the clinic if in the school nurse's judgment, the student cannot or will not carry the medication in a safe manner and properly self administer the medication.

I understand that the parent's signature in the box below gives permission for the appropriate school staff to contact me in order to obtain medical information/records.

I also understand that my written request is valid for one school year and must be renewed at the beginning of each school year.

Provider's Name: _____ Signature: _____ Date: _____

PARA COMPLETAR POR LOS PADRES (TO BE COMPLETED BY THE PARENT)

Mi firma a continuación indica que:

- 1) Yo doy permiso para que mi hijo(a) mantenga con el/ella y se suministre a si mismo(a) el medicamento mencionado arriba cuando se encuentre en la escuela o en actividades o eventos relacionados con la escuela en acuerdo con recomendaciones del doctor y las guías de medicamentos de RISD.
- 2) Yo doy permiso para que el personal designado de la escuela se comunique con el doctor que se indica arriba para obtener información/registros médicos.

Firma del Padre/Guardián: _____ E-Mail: _____

Teléfono del Padre/Guardián -Casa: _____ Trabajo: _____ Cel: _____