



MENASHA JOINT SCHOOL DISTRICT

School Health Services

ASTHMA EMERGENCY HEALTH PLAN



Name: _____ D.O.B: _____ School: _____ Grade: _____

Emergency Contact: _____ Phone: _____

Health Care Provider: _____ Provider Phone: _____

Trigger of student's breathing emergency (check all that apply)		Student's inhaler/nebulizer will be kept:
<input type="checkbox"/> Exercise <input type="checkbox"/> Strong odors or fumes <input type="checkbox"/> Respiratory Infections <input type="checkbox"/> Chalk dust / dust <input type="checkbox"/> Changes in temperature	<input type="checkbox"/> Carpets in the room <input type="checkbox"/> Animals <input type="checkbox"/> Pollens <input type="checkbox"/> Food _____ <input type="checkbox"/> Molds <input type="checkbox"/> Other:	<input type="checkbox"/> In school office <input type="checkbox"/> Student carries own inhaler at school <input type="checkbox"/> Inhaler/nebulizer not kept at school

SEVERE SYMPTOMS	PROCEDURE
Hard breathing with pulling neck and ribs during breaths	1. Administer emergency medication listed below 2. Call 911 3. Notify emergency contacts
Can't walk or talk	
Stops playing and can't start activity again	
Lips or fingernails are gray or blue	

MODERATE SYMPTOMS	PROCEDURE
Some problems with coughing, shortness, of breath, wheezing, or chest tightness	1. Administer emergency medication listed below 2. Notify emergency contacts 3. If student has no improvement in 15 to 20 minutes and emergency contact can not be reached, call 911 4. If symptoms become severe, call 911
Can do some, but not all usual activities	

Emergency Medication	Dosage	When to use

_____/_____/_____
 Parent/Guardian Signature Date Physician/HCP Authorization Signature Date

I hereby authorize the school district staff members to take whatever action in their judgment may be necessary in supplying emergency medical services with this plan, including the administration of medication to my child. I also hereby authorize the school district staff members to disclose my child's protected health information to all staff, chaperones and other non-employee volunteers at the school or at school events and field trips. I hereby give my permission to school personnel to contact the child's physician if necessary. I understand it is my responsibility to see that the medication is delivered to the school office in the original container and to pick up any remaining medication within one week after the last day of the school year. Medication remaining at school will be discarded. (4/12/2019)



PLAN DE SALUD DE EMERGENCIA PARA EL ASMA

Nombre: _____ Fecha de nacimiento: _____ Escuela: _____ Grado: _____

Contacto de emergencia: _____ Teléfono: _____

Proveedor de servicios de salud: _____ Teléfono del proveedor: _____

Desencadenante de la emergencia respiratoria del estudiante (marque todo lo que corresponda)		El inhalador o nebulizador del estudiante se guardará en:
<input type="checkbox"/> Ejercicio <input type="checkbox"/> Olores fuertes o humo <input type="checkbox"/> Infecciones respiratorias <input type="checkbox"/> Polvo de tiza o polvo <input type="checkbox"/> Cambios de temperatura	<input type="checkbox"/> Alfombras en el salón <input type="checkbox"/> Animales <input type="checkbox"/> Polen <input type="checkbox"/> comida _____ <input type="checkbox"/> moho <input type="checkbox"/> Otro:	<input type="checkbox"/> En la oficina de la escuela <input type="checkbox"/> El estudiante cargará su propio inhalador en la mochila. <input type="checkbox"/> Inhalador o nebulizador no se guardará en la escuela

SINTOMAS GRAVES	PROCEDIMIENTO
Respiración difícil con sensación de tirones en el cuello y las costillas durante la respiración.	<ol style="list-style-type: none"> Administrar los medicamentos de emergencia que se enumeran a continuación Llamar al 911 Notificar a los contactos de emergencia
No puede caminar ni hablar	
Deja de jugar y no puede volver a iniciar la actividad	
Los labios o las uñas se tornan grises o azules.	

SINTOMAS MODERADOS	PROCEDIMIENTO
Algunos problemas de tos, dificultad para respirar u opresión en el pecho	<ol style="list-style-type: none"> Administrar los medicamentos de emergencia que se enumeran a continuación Notificar a los contactos de emergencia Si el estudiante no mejora en 15 a 20 minutos y no se puede comunicar con el contacto de emergencia, llame al 911 Si los síntomas se agravan, llame al 911
Puede realizar algunas, pero no todas las actividades habituales.	

Medicamentos de emergencia	Dosis	Cuándo usar

_____/_____/_____ / _____ / _____
Firma del Padre / Tutor Fecha Firma de autorización del médico / HCP Fecha

Por medio de la presente, autorizo a los miembros del personal del distrito escolar a tomar cualquier acción a su juicio que sea necesaria para proporcionar servicios médicos de emergencia con este plan, incluida la administración de medicamentos a mi hijo. Por medio de la presente también autorizo a los miembros del personal del distrito escolar a divulgar la información médica protegida de mi hijo a todo el personal, acompañantes y otros voluntarios que no son empleados en la escuela o en eventos escolares y excursiones. Por medio de la presente doy mi permiso al personal de la escuela para que se comunique con el médico del niño si es necesario. Entiendo que es mi responsabilidad ver que el medicamento se entregue en la oficina de la escuela en el recipiente original y recoger cualquier medicamento restante dentro de una semana después del último día del año escolar. Se descartarán los medicamentos que queden en la escuela. (8/24/2022)