



LOS ANGELES UNIFIED SCHOOL DISTRICT POLICY BULLETIN



Los Angeles Unified School District | Student Health & Human Services | District Nursing Services

Please complete with your doctor.



My Asthma Action Plan

Name: _____ Date of Birth: _____

Doctor's Name: _____ Doctor's Phone Number: _____

Emergency Contact: _____ Emergency Contact Phone: _____

My triggers are: Pollen Air pollution Mold Dust mites Smoke Strong smells Cockroaches
 Exercise Animals Colds Stress Not taking your asthma medicine Food _____ Other _____

My asthma level is: 1 Intermittent 2 Mild Persistent 3 Moderate Persistent 4 Severe Persistent

I feel GOOD (Green Zone)

- Breathing is good, and
- No cough, tight chest, or wheeze, and
- Can work and exercise easily

Peak Flow Numbers:
_____ to _____

Take asthma long-term control medicine everyday.
Medicine: _____ How taken: _____ How much: _____ When: _____ times a day
_____ times a day
_____ times a day
15-20 minutes before exercise or sports, take _____ puff of _____ using a spacer.

I DO NOT feel good (Yellow Zone)

- Cough or wheeze, or
- Tight chest, or
- Hard to breath, or
- Wake up at night, or
- Can't do all activities, or (work & exercise)

Peak Flow Numbers:
_____ to _____

TAKE _____ puffs of quick-relief medicine. If not back in the Green Zone within 20 to 30 minutes, take _____ more puffs.
Medicine: _____ How taken: _____ How much: _____ When: _____ every _____ hours

KEEP USING long-term control medicine.
Medicine: _____ How taken: _____ How much: _____ When: _____ times a day
_____ times a day

Call your doctor if quick-relief medicine does not work OR if these symptoms happen more than twice a week.

I feel AWFUL (Red Zone)

- Medicine does not help, or
- Breathing is hard or fast, or
- Can't talk or walk well, or
- Chest pain, or
- Feel scared

Peak Flow Numbers:
Under _____

Get help now! Take these quick-relief medicines until you get emergency care:
Medicine: _____ How taken: _____ How much: _____ When: _____ times a day
_____ times a day
_____ times a day

Get emergency care/Call 911 if you can't walk or talk because it is too hard to breathe OR if drowsy OR if lips or fingernails are gray or blue. **DO NOT WAIT!**

Sign Here Physician signature: _____ Date: _____

Authorization and Disclaimer from Parent/Guardian: I request that the school assist my child with the above asthma medications and the asthma action plan in accordance with state laws and regulations. Yes No
My child may carry and self-administer asthma medications and I agree to release the school district and school personnel from all claims of liability if my child suffers any adverse reactions from self-administration of asthma medications. Yes No

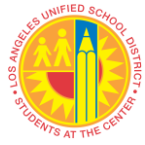
Print Parent/Guardian Name: _____ Signature: _____ Date: _____

Health Care Provider: My signature provides authorization for the above written orders. I understand that all procedures will be implemented in accordance with state laws and regulations. Student may carry and self-administer asthma medications: Yes No

(This authorization is for a maximum of one year from signature date.)

Print Provider Name/Credentials: _____ Signature: _____ Date: _____

Provider Phone #: _____ Provider Address: _____



LOS ANGELES UNIFIED SCHOOL DISTRICT POLICY BULLETIN



Los Angeles Unified School District | Student Health & Human Services | District Nursing Services

Complete con su médico.



Mi Plan de Acción Contra el Asma

Nombre: _____ Fecha de nacimiento: _____

Nombre del médico: _____ Número de teléfono del médico: _____

Contacto para emergencias: _____ Teléfono del contacto para emergencias: _____

Mis desencadenantes son: Polen Contaminación atmosférica Moho Ácaros del polvo Humo Olores fuertes

Cucarachas Ejercicio Animales Resfriados Estrés No tomar su medicamento para el asma

Comida _____ Otro _____

El nivel de mi asma es: 1 Intermitente 2 Persistente 3 Moderado Persistente 4 Severo Persistente

Me siento BIEN (zona verde)

- Mi respiración es buena, y
- No tengo tos, opresión en el pecho ni sibilancia, y
- Puedo trabajar y hacer ejercicio fácil



Tome medicamentos de control del asma a largo plazo todos los días.

Medicamento: _____ Cómo se toma: _____ Cuánto: _____ Cuándo: _____ veces por día

_____ veces por día

_____ veces por día

Entre 15 y 20 minutos antes de hacer ejercicio o practicar deportes, inhale _____ dosis de _____ con un espaciador.

Valores del flujo máximo:

_____ a _____

NO me siento bien (zona amarilla)

- Tos o sibilancia, o
- Opresión en el pecho, o
- Dificultad para respirar, o
- Me despierto por la noche, o
- No puedo hacer todas las actividades (trabajo y ejercicio)



INHALE _____ dosis de medicamento de alivio rápido. Si no vuelve a la zona verde dentro de los 20 a 30 minutos siguientes, inhale _____ dosis más.

Medicamento: _____ Cómo se toma: _____ Cuánto: _____ Cuándo: _____ cada _____ horas

SIGA USANDO _____ medicamentos de control a largo plazo.

Medicamento: _____ Cómo se toma: _____ Cuánto: _____ Cuándo: _____ veces por día

_____ veces por día

Valores del flujo máximo:

_____ a _____

Llame a su médico si el medicamento de alivio rápido no funciona O si estos síntomas se presentan más de dos veces por semana.

Me siento MUY MAL (zona roja)

- El medicamento no me ayuda, o
- Mi respiración es dificultosa o acelerada, o
- No puedo hablar o caminar bien, o
- Dolor en el pecho, o
- Me asusto



¡Obtenga ayuda ahora! Tome estos medicamentos de alivio rápido hasta que reciba atención de emergencia:

Medicamento: _____ Cómo se toma: _____ Cuánto: _____ Cuándo: _____ veces por día

_____ veces por día

_____ veces por día

Valores del flujo máximo:

Menos de _____

Obtenga atención de emergencia/Llame al 911 si no puede caminar o hablar porque le cuesta demasiado respirar O se siente somnoliento O tiene los labios o las uñas de color gris o azul. **¡NO ESPERE!**

Firme aquí

Firma de médico: _____ Fecha: _____

Autorización y exención de responsabilidad del padre/tutor: Solicito que la escuela ayude a mi hijo/a con los medicamentos contra el asma indicados arriba y el plan de acción contra el asma de acuerdo con las leyes y la reglamentación estatal. Sí No

Mi hijo/a puede llevar y administrarse medicamentos contra el asma y yo acepto eximir de toda responsabilidad al distrito escolar y al personal de la escuela si mi hijo/a llegara a sufrir alguna reacción adversa por administrarse los medicamentos contra el asma. Sí No

Nombre del padre/tutor: _____ Firma: _____ Fecha: _____

Proveedor de atención médica: Mi firma concede autorización para las órdenes escritas antes mencionadas. Entiendo que todos los procedimientos se implementarán de acuerdo con las leyes y la reglamentación estatal. El alumno puede llevar y administrarse medicamentos contra el asma: Sí No (Esta autorización estará vigente durante un año como máximo desde la fecha de la firma).

Nombre del proveedor/credenciales: _____ Firma _____ Fecha: _____

Teléfono del proveedor: _____ Dirección del proveedor: _____