

Parent Asthma Letter

Dear Parents or Guardian of: _____

School: _____

Date: _____

You are receiving this letter because you indicated on the school registration form that your child has asthma.

In order for us to provide the best care for your child, we need your help with the following:

Please check one of the following:

_____ My child no longer has asthma symptoms and receives no treatment or medication.

_____ My child still has asthma symptoms but does not receive treatment or medication.

_____ My child still has asthma symptoms and receives treatment and medication at
_____home _____school

If you marked the last choice, we ask that you complete the attached forms and return them to the school nurse as soon as possible:

Medication Authorization Request form - This gives the health team and school permission to give asthma medication to your child. If you and the child's doctor want the child to carry their inhaler and take it without supervision, please have the doctor sign the bottom of the "Parent/Guardian Authorization of Asthma Medication at School".

Parent Information form- This gives us important health information related to your child's asthma.

Please sign the bottom of this form allowing the nurse to contact and communicate with your child's doctor, if needed.

Should you have any questions or concerns, please feel free to call me at _____.

Sincerely yours,

_____, RN
School Nurse

Carta a los padres sobre asma

Muy estimados padres o custodio legal de: _____

Escuela: _____

Fecha: _____

Usted está recibiendo esta carta porque indicó en la forma de matrícula escolar que su hijo(a) tiene asma.

Para ofrecer a su hijo(a) el mejor cuidado necesitamos que nos ayude con lo siguiente:

Sírvase marcar uno de los siguientes renglones:

_____ Mi hijo(a) no tiene ya síntomas de asma ni recibe tratamiento o medicación.

_____ Mi hijo(a) tiene aún síntomas de asma pero no recibe tratamiento ni medicación.

_____ Mi hijo(a) tiene aún síntomas de asma y recibe tratamiento y medicación en
_____ casa _____ la escuela

Si Ud. marcó la última opción, le pedimos que llene las formas adjuntas y las devuelva a la enfermera escolar tan pronto como le sea posible:

Forma para pedir autorización de dar medicación. Ésta da al equipo de salud y a la escuela permiso de administrar a su hijo(a) medicinas para el asma. Si Ud. y el doctor del niño(a) desean que el niño(a) traiga consigo el inhalador y se lo aplique sin supervisión, sírvase pedir al doctor que firme la parte inferior de la “Autorización de padres/custodio legal para dar medicación para el asma en la escuela”.

Forma de información de los padres. Ésta nos da importante información de salud relacionada con el asma de su hijo(a).

Sírvase firmar la parte inferior de esta forma, para permitir a la enfermera contactar y comunicarse con el doctor de su hijo(a), si es necesario.

Si Ud. tiene preguntas o preocupaciones, siéntase libre de llamarme al: _____.

De Uds., atentamente,

_____, RN
Enfermera escolar

Asthma Information from Parent

Student's name _____ D.O.B. _____ School _____ Teacher/grade _____

Parent/Guardian _____ phone(H) _____ phone(W) _____ phone(Cell) _____

Parent/Guardian _____ Phone(H) _____ Phone(W) _____ Phone(Cell) _____

Emergency contact _____ Relationship _____ Phone _____

Physician/Clinic _____ Phone(office) _____ FAX _____

Does your child see another physician/clinic for asthma (If yes, please complete doctor information)? Yes No
Physician/Clinic: _____ Phone(office) _____ FAX _____

List all medications: Home _____

School _____

What triggers your child's asthma attack (Check all that apply)

- | | | |
|---|--|---|
| <input type="checkbox"/> Insect Bites/ Stings | <input type="checkbox"/> Cigarette smoke | <input type="checkbox"/> Colds/ Flu/Illness |
| <input type="checkbox"/> Dust/ Dust Mites | <input type="checkbox"/> Stuffed Animals | <input type="checkbox"/> Carpet |
| <input type="checkbox"/> Exercise | <input type="checkbox"/> Mold | <input type="checkbox"/> Ozone alert days |
| <input type="checkbox"/> Pest/ Roaches | <input type="checkbox"/> Pets | <input type="checkbox"/> Plants, flowers, cut grass, pollen |
| <input type="checkbox"/> Cold air | <input type="checkbox"/> Weather changes | <input type="checkbox"/> Wood smoke |
| <input type="checkbox"/> Strong odors, perfume, cleaning products | <input type="checkbox"/> Foods: _____ | <input type="checkbox"/> Emotion |
| | _____ | <input type="checkbox"/> Other: _____ |

Does student have an Epipen? Yes No

Describe the symptoms your child experiences before or during an asthma episode (Check all that apply)

- | | | |
|--|--|--|
| <input type="checkbox"/> Cough | <input type="checkbox"/> "Tightness" in chest | <input type="checkbox"/> Rubbing chin/ neck |
| <input type="checkbox"/> Shortness of breath | <input type="checkbox"/> Breathing hard and fast | <input type="checkbox"/> Feeling tired/ weak |
| <input type="checkbox"/> Wheezing | <input type="checkbox"/> Runny nose | <input type="checkbox"/> Other: _____ |

How many years has your child had asthma? ___/years or ___/month

How often does your child wheeze or cough? ___/week or ___/month

Does your child have nighttime coughing or wheezing? Yes No: If yes, how often? ___/week ___/month

What does your child do at home to relieve breathing difficulties during an asthma attack?

Rest/relaxation Drinks/Liquids Medications Other: _____

Would you like additional asthma educational information? Yes No

Authorization for Release of Medical Information:

1. **I hereby authorize** _____ to furnish asthma- related information regarding my child _____ to the Student Health Services personnel at _____ school.
- Clinic/Provider
Student's Name

Parent/Guardian Signature

Print Name

Date

2. **I give permission** for the school nurse to communicate with my child's doctor concerning their asthma and its treatment

Parent/Guardian Signature

Print Name

Date

Información de los padres sobre Asma

Nombre del estudiante _____ Fecha de nacimiento _____ Escuela _____ Maestro/grado _____

Padre/Custodio legal _____ Teléfono (C) _____ Teléfono(T) _____ Teléfono(Cel.) _____

Madre/Custodio legal _____ Teléfono (C) _____ Teléfono(T) _____ Teléfono(Cel.) _____

Contacto de emergencia _____ Relación _____ Teléfono _____

Médico/Clínica _____ Teléfono(oficina) _____ FAX _____

¿Su hijo(a) ve otro médico / clínica para el asma? (Si es "sí", sírvase llenar la información del doctor) Sí No
Médico/Clínica _____ Teléfono(oficina) _____ FAX _____

Lista de todas las medicinas: casa _____
escuela _____

Qué es lo que provoca el ataque de asma de su hijo(a) (marque todo lo que se aplique)

- | | | |
|---|--|--|
| <input type="checkbox"/> picaduras de insecto/ aguijones | <input type="checkbox"/> humo de cigarrillos | <input type="checkbox"/> resfriados/ influenza/enfermedades |
| <input type="checkbox"/> polvo/ garrapatas del polvo | <input type="checkbox"/> animales de peluche | <input type="checkbox"/> alfombra |
| <input type="checkbox"/> ejercicio | <input type="checkbox"/> moho | <input type="checkbox"/> días de alerta por ozono |
| <input type="checkbox"/> plagas/ cucarachas | <input type="checkbox"/> mascotas | <input type="checkbox"/> Plantas, flores, pasto cortado, polen |
| <input type="checkbox"/> aire frío | <input type="checkbox"/> cambios del tiempo | <input type="checkbox"/> humo de madera |
| <input type="checkbox"/> olores fuertes, perfume, productos de limpieza | <input type="checkbox"/> alimentos: _____ | <input type="checkbox"/> emoción |
| | | <input type="checkbox"/> Otros: _____ |

¿Tiene el estudiante un auto-inyector? Sí No

Describe los síntomas de su hijo(a) antes o durante un episodio de asma (Marque todos los que se apliquen)

- | | | |
|---|--|---|
| <input type="checkbox"/> tos | <input type="checkbox"/> "opresión" en el pecho | <input type="checkbox"/> frotamiento de barbilla/cuello |
| <input type="checkbox"/> dificultad para respirar | <input type="checkbox"/> respiración áspera y rápida | <input type="checkbox"/> sensación de fatiga/ debilidad |
| <input type="checkbox"/> resuello silboso | <input type="checkbox"/> escurrimiento nasal | <input type="checkbox"/> otros: _____ |

¿Cuántos años ha tenido asma su hijo(a)? ____/años o ____/meses

¿Con qué frecuencia resuella o tose su hijo(a)? ____/por semana o ____/mes

¿Tose o resuella su hijo(a) durante la noche? Sí No: If es "sí", ¿con qué frecuencia? ____/semana ____/mes

¿Qué hace su hijo en casa para aliviar la respiración difícil durante un ataque de asma?
descansar/relajarse beber/líquidos medicinas Otra cosa: _____

¿Querría Ud. tener más información educativa sobre el asma? Sí No

Autorización para dar información médica:

1. **Por este documento autorizo a** _____ **a dar información sobre el asma de mi hijo(a)**

Clínica/Proveedor

al personal de salud estudiantil en la escuela _____.

Nombre del estudiante _____

Firma de padres/custodio legal

Nombre en letra de molde

Fecha

2. **Doy permiso** de que la enfermera escolar se comuniquen con el doctor de mi hijo(a) sobre el asma y su tratamiento

Firma de padres/custodio legal

Nombre en letra de molde

Fecha

**PARENT/GUARDIAN AUTHORIZATION OF
ASTHMA MEDICATION AT SCHOOL**

Student Name: _____ Birth Date: _____ Student ID#: _____

School Name: _____ Teacher: _____ Grade: _____

Only those medications that are medically necessary during school hours or written in an IEP should be sent to school. Children's/AISD Student Health Services and AISD require the following:

- Parent/Guardian written authorization for inhaler administration at school.
- Asthma medication must be in original, labeled container. Label should include student's first and last name, name of medicine, dosage and directions, name of physician who is licensed in Texas, and current date.
- Inhaler must NOT be expired.
- The first dose of this medication **may not be given at school.**

Please complete the following:

Medication Name and Strength	Dosage	Time(s) to be Given at School	Type of Spacer	Medical Condition for which Medication is given	Medication expiration date	Additional Comments
					Expires: _____	

Medication Start Date: _____ Medication Stop Date: _____

(Note: the first dose of any medication may NOT be given at school)

Has the student ever received this medication before? Yes _____ No _____

If Yes, Date and Time last dose given _____

- I request that the above medication be given during school hours as ordered by this student's physician. I also request that the medication be given on field trips, as prescribed.
- I will notify the school of any change in the medication, (dosage change, time change, etc.).
- I give permission for the school nurse to communicate with the student's teachers about the student's health condition(s) and the action(s) of the medication.
- I give permission for trained school personnel to assist the student with inhaler.

My child _____ (Circle one) **may/may not** carry the inhaler home when the school year ends.

Parent/Guardian Printed Name _____ Day Phone _____ Home Phone _____

Parent/Guardian Signature _____ Date _____ Relationship to Student _____

IF YOU WANT YOUR STUDENT TO CARRY HIS/HER INHALER:

Children's/ AISD Student Health Services and AISD require the following:

- Written request from parent/ guardian to allow the student to carry the prescribed inhaler and use without supervision.
- Permission from the school nurse, after assessing the student's knowledge and ability to safely carry and use the inhaler without supervision.
- WRITTEN AUTHORIZATION FROM THE PHYSICIAN (see below).

I request that my child be permitted to carry the prescribed inhaler and to use it without supervision with physician authorization signed below.

Parent/Guardian Signature: _____ Date: _____

PHYSICIAN AUTHORIZATION:

- Student is knowledgeable about the asthma inhaler and understands how and when to use it safely.
- Student may administer the inhaler without supervision.
- Student is not approved to self-medicate.

Physician's Printed Name: _____ Office Phone Number: _____ Physician's Signature: _____ Date: _____

Principal or designee notified for self carry: Yes No

Reviewed by RN _____ Student _____ may/ _____ may NOT carry and self-administer this inhaler.
Date _____

Reviewed by RN _____ SHA _____ may/ may NOT administer this medication.
Date _____

RN PRINTED Name: _____ RN Signature: _____

**AUTORIZACIÓN DE PADRES/CUSTODIO
LEGAL PARA DAR MEDICINA
PARA ASMA LA ESCUELA**

Nombre del estudiante: _____ Fecha de nacimiento: _____

Nombre de la escuela: _____ Maestro(a): _____ Grado: _____

Solo los medicamentos que son médicamente necesarios durante horas de escuela, o que están escritos en un IEP deben enviarse a la escuela

Servicios de salud a niños/estudiantes de AISD, y AISD requieren lo siguiente:

- Autorización escrita de padres/custodio legal para administración de inhalador en la escuela.
- Medicina para el asma en envase original membretado. El membrete debe incluir nombre y apellido del estudiante, nombre de la medicina, dosis e instrucciones, nombre del médico con licencia de Texas y fecha actual.
- El inhalador NO debe haber expirado.
- La primera dosis de esta medicación **no puede darse en la escuela.**

Sírvase contestar lo siguiente:

Nombre y potencia de la medicina	Dosis	Hora(s) de darla en la escuela	Tipo de espaciador	Razón/ Mal médico por el que se da la medicina	Fecha de caducidad de medicamentos	Comentarios adicionales

Fecha de inicio de medicamentos: _____ Fecha de finalización medicamentos: _____

(Nota: la primera dosis de medicamentos no puede darse en la escuela)

¿El estudiante nunca recibido este medicamento antes? Sí _____ No _____

En caso afirmativo, fecha y hora de última dosis dado _____

- Pido que la medicina se dé durante horas de escuela, tal como lo ordenó el médico del estudiante. También pido que la medicina se dé en viajes de estudio, tal como está prescrito.
- Avisaré a la escuela cualquier cambio en la medicación, (cambio de dosis, o de tiempo, etc.).
- Doy permiso de que la enfermera escolar se comunique con los maestros(as) del estudiante sobre las condiciones de salud del estudiante y las medidas acerca de la medicación.
- Doy permiso al personal escolar capacitado de asistir al estudiante con el inhalador.
- Mi hijo(a) _____ **puede/NO puede** llevarse la medicina a casa cuando el año escolar termine.

Encierre en un círculo

Nombre de padres/custodio legal: _____ Relación con el estudiante: _____ # de teléfono: _____

Firma de padres/custodio legal: _____ Fecha: _____

SI QUIERE QUE SU ESTUDIANTE LLEVE CONSIGO EL INHALADOR:

Servicios de salud a niños/estudiantes de AISD, y AISD requieren lo siguiente:

- Petición escrita de padres/custodio legal para permitir que el estudiante traiga consigo el inhalador prescrito y lo use sin supervisión.
- Permiso de la enfermera escolar, después de evaluar el conocimiento y la capacidad del estudiante para llevar consigo y usar en forma segura el inhalador, sin supervisión.
- **AUTORIZACIÓN ESCRITA DEL MÉDICO (ver abajo)**
.Le pido que mi hijo se les permite llevar la prescrito inhalador y utilizarlo sin supervisión con medico autorización firmada por debajo.

Firma de padres/custodio legal: _____ Fecha: _____

AUTORIZACIÓN DEL MÉDICO

- El estudiante conoce bien el inhalador del asma y entiende cuándo y cómo usarlo con seguridad.
- El estudiante puede administrarse el inhalador sin supervisión.
- El estudiante no está aprobado para auto-medicarse.

Nombre impreso del médico: _____ # de teléfono de su consultorio: _____

Firma del médico: _____ Fecha: _____

Director(a) o designado al que se da aviso de auto-posesión: Sí No

Revisado por RN _____ Estudiante _____ puede/ _____ NO puede llevar y auto-administrarse el inhalador.

Fecha

Revisado por RN _____ SHA _____ puede/NO puede administrarse el inhalador

Fecha

Nombre IMPRESO de RN: _____ Firma de RN: _____



The colors of a traffic light will help you use your asthma medicines.

Green = Go Zone!
Use preventive medicine.

Yellow = Caution Zone!
Add quick-relief medicine.

Red = Danger Zone!
Get help from a doctor.

PREDICTED NORMAL PEAK FLOW READING:

_____ lpm

CENTRAL TEXAS ASTHMA ACTION PLAN

To be completed by Physician Designee and signed by Physician Date _____

Patient Name _____ Date of Birth _____

Has the patient ever been admitted to ICU? () Yes () No Grade in School _____
Has the patient ever required mechanical ventilation? () Yes () No

Please classify this patient's asthma. Refer to these choices adopted from the NIH Asthma Management Guidelines.
Asthma Classification by Physician: () Mild intermittent () Moderate persistent
() Mild persistent () Severe persistent

Classification	Days with symptoms	Nights with symptoms	FEV1 or PEF (% pred. normal)
Severe persistent	Continual	Frequent	≤ 60%
Moderate persistent	Daily	> 5/month	> 60% to <80%
Mild persistent	> 2/week	3 to 4/month	≥ 80%
Mild intermittent	≤ 2/week	≤ 2/month	≥ 80%

GREEN ZONE: No signs or PF 80-100% of Predicted Normal or Personal Best – Take Preventative Medication

PEAK FLOW FROM _____ TO _____

You have all of these



- Breathing is good
- No cough or wheeze
- Sleep through night
- Can work and play

1. What preventative medications are prescribed and how often are they given? Name and Dose: _____

2. Does this patient have Exercised Induced Asthma? () Yes () No If yes, what medication should be given for EIA?

Take only one of the treatments 15-20 minutes before physical activity as needed.

ALBUTEROL 2 puffs MDI & chamber ALBUTEROL 1 vial in nebulizer

XOPENEX 2 puffs MDI & chamber XOPENEX 1 vial in nebulizer

OTHER: _____

YELLOW ZONE: Caution Signs or PF 50 – 79% of Predicted Normal or Personal Best – Continue Preventative Medication

PEAK FLOW FROM _____ TO _____

You have any of these:



- First signs of a cold
- Exposure to known trigger
- Coughing doesn't stop
- Mild wheeze
- Chest tightness

In case of an asthma exacerbation, what quick-relief medication should be used?

Take one treatment every 4-6 hours as needed for 24-48 hours.

Recheck peak flow 15 minutes after treatment

ALBUTEROL _____ puffs MDI & chamber ALBUTEROL 1 vial in nebulizer

XOPENEX _____ puffs MDI & chamber XOPENEX 1 vial in nebulizer

OTHER: _____

If treatments are needed for longer than 24-48 hours, call your doctor.

RED ZONE: Danger Signs or PF Below 50% of Predicted Normal or Personal Best – Continue Preventative Medication

PEAK FLOW BELOW _____

Your asthma is getting worse fast:



- Medicine isn't helping
- Breathing is hard and fast
- Nose opens wide
- Ribs show during breathing
- Can't talk well.
- Inhale & exhale wheeze

1. In case of an asthma exacerbation, what quick-relief medication should be used?

Take one treatment every 20 minutes for up to three treatments only.

Recheck peak flow 15 minutes after treatment

ALBUTEROL _____ puffs MDI & chamber ALBUTEROL 1 vial in nebulizer

XOPENEX _____ puffs MDI & chamber XOPENEX 1 vial in nebulizer

OTHER: _____

2. Get immediate medical attention – Call your doctor. If at school, go to the nurse. Or, call 911.

Physician signature: _____ Physician name: _____ Telephone: (____) _____ Date: _____

For children in school: School Name: _____ School district: _____
I, the above signed physician, certify that the above named student has asthma and is capable of carrying and self-administering the above quick-relief asthma medication. (Texas Inhaler Law.) () Yes () No

I give permission for the school nurse to administer the above physician orders and to communicate with my child's health care provider concerning my child's asthma.

Parent signature: _____ Parent name: _____ Telephone: (____) _____ Date: _____



Los colores de una luz de tráfico LE ayudará a usar sus medicinas del asma.

Verde = Zona Adelante!
Use la medicina preventiva.

Amarillo= Zona de Advertencia!

Agregue la medicina de alivio rápido.

Rojo = Zona de Peligro!
Obtenga ayuda de un doctor.

PLAN DE ACCIÓN DEL ASMA PARA EL CENTRO DE TEJAS

Para ser completado por Personal Médico Designado y firmado por el Médico

Fecha _____

Nombre de Paciente _____

Fecha de Nacimiento _____

Grado Escolar _____

¿Ha ingresado jamás el paciente a Cuidados Intensivos? () Sí () No

¿Ha requerido el paciente la ventilación mecánica? () Sí () No

Clasifique por favor el asma del paciente. Refiera a estas elecciones adoptivas del NIH *Guías de la Administración del Asma.*

Clasificación del asma designada por el Médico: () Templado intermitente () Templado persistente
() Moderado persistente () Severo persistente

La clasificación	Días con síntomas	Noches con síntomas	FEV1 o PEF (% predicho normal)
Severo persistente	Continuo	Frecuente	≤ 60%
Moderado persistente	Diariamente	≥ 5/mes	> 60% a < 80%
Templado persistente	> 2/semana	3 a 4/mes	≥ 80%
Templado intermitente	≤ 2/semana	≤ 2/mes	> 80%

PREDICHO NORMAL DE FLUJO MÁXIMO DEL PACIENTE: _____ LPM

ZONA VERDE: Ningunos síntomas y FM 80-100% de Predicho Normal o Marca Personal- Tome las Medicinas Preventivas

FLUJO MÁXIMO DE _____ A _____



Tiene todos estos

- Respira bien
- Ninguna tos o silbido
- Duermes por la noche
- Puede trabajar y jugar.

1. ¿Que medicinas de control están recetadas y cuantas veces son dadas? Nombre y Dosis: _____

2. ¿Tiene el paciente el Asma Inducida por Ejercicio? () Sí () No

¿Si tiene esto, que tipo de medicina debe de usar para AIE?

Tome nada más uno de los tratamientos 15-20 minutos antes de hacer ejercicios

ALBUTEROL 2 inhalaciones con el espaciador/cámara ALBUTEROL 1 ampolla en nebulizador

XOPENEX 2 inhalaciones con el espaciador/cámara XOPENEX 1 ampolla en nebulizador

OTRA: _____

ZONA AMARILLA: Signos de Advertencia o FM 50 – 79% de Predicho Normal o Marca Personal - Continuo con la Medicinas Preventiva

FLUJO MÁXIMO DE _____ A _____



Tiene alguno de estos:

- Primeros signos de un resfriado
- Exposición a provocadores conocidos:
- Tos que no se quita
- Silbido del pecho templado
- Usted siente el pecho apretado

¿En caso de un episodio del asma, qué medicina de alivio rápido debe ser administrada?

Tome un tratamiento cada 4-6 horas como necesario por 24-48 horas.

Reexamine el flujo máximo 15 minutos después del tratamiento

ALBUTEROL _____ inhalación(es) con el espaciador/cámara

ALBUTEROL 1 ampolla en nebulizador

XOPENEX _____ inhalación(es) con el espaciador/cámara

XOPENEX 1 ampolla en nebulizador

OTRA: _____

Si los tratamientos son necesarios para más de 24-48 horas, llame a su doctor.

ZONA ROJA: Signos de Peligro o FM menos de 50% de Predicho Normal o Marca Personal – Continuo con la Medicina Preventiva

FLUJO MÁXIMO MENOS DE _____

Su asma está empeorando rápidamente:



- La Medicina no esta ayudando
- El respirar es mas difícil y rápido
- Las ventanas de la nariz se abren mas/ aleteo nasal
- Las costillas se muestran durante el respirar
- No puede hablar bien.
- Silbido cuando inhala y exhala.

1. ¿En caso de un episodio del asma, qué medicina de alivio rápido debe ser administrada?

Tome un tratamiento cada 20 minutos hasta tres tratamientos solamente.

Reexamine el flujo máximo 15 minutos después del tratamiento

ALBUTEROL _____ inhalación(es) con el espaciador/cámara

ALBUTEROL 1 ampolla en nebulizador

XOPENEX _____ inhalación(es) con el espaciador/cámara

XOPENEX 1 ampolla en nebulizador

OTRA: _____

2. Obtenga la atención medica **inmediata**- Llame a su doctor. Si está en la escuela, vaya con la enfermera de la escuela. O llame 911

Firma del doctor: _____ Nombre del doctor: _____ Teléfono () _____ Fecha: _____

Para niños en la escuela: Nombre de la escuela: _____ Distrito Escolar: _____

Yo, el doctor nombrado y firmado arriba, certifico que el niño nombrado arriba tiene el asma y es capaz de llevar y administrarse las medicinas del asma nombrados arriba. (Texas Inhaler Law.) () Sí () No

Yo doy permiso para que la enfermera de la escuela administre las ordenes del medico dadas arribas y comunicarse con el medico de mi niño con respecto a su asma..

Firma del padre: _____ Nombre del padre: _____ Teléfono: () _____ Fecha: _____