



Rio Rancho Public Schools Asthma/Nebulizer Medication Form (Spanish)

Student Name _____ DOB: _____
Teacher _____ Grade _____ School _____

The following is to be completed by a Health Care Provider

Diagnosis of Student (Please circle one of the following): ICD-9 code _____

Mild Intermittent Asthma Mild Persistent Asthma Moderate Persistent Asthma Severe persistent Asthma
Other _____

Allergies _____

Student Asthma Triggers _____

Medication _____ **Dosage** _____ **Route** _____ **Time** _____

Nebulizer Medication _____ **Dosage** _____ **Route Nebulizer** _____ **Time** _____

Special Instructions _____

Do you want this medication taken before Physical education class? (Circle) **Inhaler** **Nebulizer** **Neither**
Student may carry his/her own MDI? **YES** **NO**. If yes parent will need to provide back-up medication for the Nurse.

Does the student use a Peak Flow Meter? **YES** **NO** What is her/his personal best value? _____

**** RRPS School Nurses encourage the use of spacers for all Metered Dose Inhalers. ****

Please fill out all three zones of the action plan below.

<p>Green Zone Doing Well: No cough or wheeze, sleeping through the night without symptoms, can go to school and play. Peak Flow is 80-100% of personal best. _____ Daily Medication as usual (see above orders)</p>
<p>Yellow Zone Any of the following symptoms: first sign of a cold, cough, mild wheeze, tight chest, coughing, wheezing at night or trouble breathing at night. Peak flow is 50-80% of personal best or _____ Take the following action _____ Contact parent if no improvement.</p>
<p>Red Zone Asthma is worse: medicine is not working, breathing is hard and fast, nose flares open to breathe, ribs show during inspiration. Student is having difficulty with talking. Peak flow is less than 50% of personal best or _____ Take the following action _____ Contact Parent _____ Contact physician _____ If no improvement activate 911.</p>

Inhaler Medication Expiration Date: _____
Nebulizer Medication Expiration Date: _____
For Office Use Only

Physician signature _____ Phone _____ Office Fax# _____

Physician's printed name _____ Date _____

Declaración del Padre/Tutor

1. Yo/Nosotros los abajo firmantes padre (s)/tutor (es) de _____ creemos que el/ella esta capacitado (a) para llevar y administrar con su propio inhalador la dosis medida en el momento apropiado y de la manera apropiada yo/nosotros damos nuestro permiso para que el/ella lo haga.
2. Yo/nosotros los abajo firmantes padre (s)/tutor (es) de _____ pedimos que un empleado de la escuela asista al estudiante con la autoadministración del medicamento nombrado arriba según las instrucciones del médico. Yo/Nosotros estamos de acuerdo en proporcionar la medicina recetada necesaria en el envase correctamente etiquetado, de proporcionar el reemplazo del medicamento cuando sea necesario y yo/nosotros estamos de acuerdo en notificar a la enfermera de la escuela inmediatamente si se han hecho cambios con el médico o el medicamento recetado.
3. **Para los estudiantes que tienen una discapacidad que les previene de la autoadministración:** Yo/Nosotros los abajo firmantes padre (s)/tutor (es) de _____, pedimos que una enfermera de la escuela/CMA administre el medicamento recetado y yo/nosotros estamos de acuerdo en notificar a la enfermera de la escuela inmediatamente si se han hecho cambios con el médico o el medicamento recetado.

EL DISTRITO (INCLUYENDO SUS EMPLEADOS Y AGENTES) NO INCURRIRÁN NINGUNA RESPONSABILIDAD COMO RESULTADO DE UNA LESIÓN QUE SURGA DEL TRANSPORTE O DE LA AUTOADMINISTRACIÓN DEL MEDICAMENTO DEL ESTUDIANTE, Y LOS PADRES/TUTORES INDEMNIZARÁN Y SOSTENDRAN SIN PERJUICIO ALGUNO EL DISTRITO (INCLUYENDO SUS EMPLEADOS Y AGENTES) EN CONTRA DE DEMANDAS QUE SE PRESENTEN COMO RESULTADO DEL TRANSPORTE Y DE LA AUTOADMINISTRACIÓN DEL MEDICAMENTO.

Firma de los padres/tutores _____ Fecha _____
Teléfono: Hogar _____ Trabajo _____ Celular _____