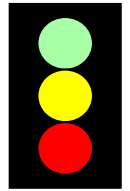


Asthma Action Plan for Putnam City Schools

➤ Please order a VHC Spacer to use with any MDIs



Name:	DOB:	Date:
Emergency contact		Phone numbers
Name of Physician/healthcare provider (Dr.'s signature required below)		
Office phone numbers		
Important! Things that make your asthma worse (Triggers): <input type="checkbox"/> smoke <input type="checkbox"/> pets <input type="checkbox"/> mold <input type="checkbox"/> dust-mites <input type="checkbox"/> pollen/trees <input type="checkbox"/> colds/viruses <input type="checkbox"/> exercise <input type="checkbox"/> seasons: <input type="checkbox"/> other:		

Severity Classification: Intermittent Mild Persistent Moderate Persistent Severe Persistent

GO – You're Doing Well! USE THESE **MEDICINES EVERYDAY** TO PREVENT SYMPTOMS

You have all of these:

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



Control Medications:

Medicine	How Much to Take	When to Take It

CAUTION – Slow Down! CONTINUE WITH **GREEN ZONE MEDICINE** and **ADD:**

You have any of these:

- First signs of a cold
- Exposure to known trigger
- Cough
- Wheeze
- Tight chest
- Coughing at night



Rescue Medications:

Contact physician if using quick relief more than 2 times per week.

Medicine	How Much to Take	When to Take It

➤ **Call your Health Care Provider:**

- If getting worse and go to the **RED ZONE** or
- Not improved in 2 days or **any** questions/concerns about your asthma

DANGER – Get Help! TAKE THESE MEDICINES AND CALL YOUR PROVIDER NOW

Your Asthma is getting worse fast:

- Medicine is not helping
- Breathing is hard and fast
- Nose opens wide
- Can't talk well
- Getting nervous



Continue control medicines and add:

Medicine	How Much to Take	When to Take It

Go to the hospital or call for an ambulance if:

- Still in the red zone after 15 minutes
- You have not been able to reach your physician/healthcare provider for help.
- _____

Call an ambulance immediately if the following danger signs are present:

- Trouble waking/talking due to shortness of breath.
- Lips or fingernails are blue.

REQUIRED Physician's Signature _____ **Date** _____

Parent/Guardian Consent: REQUIRED- see form PCHS #29

➤ I authorize communication between the prescribing health care provider and school nurse necessary for asthma management and administration of this medication.

Signature: _____ Date: _____ *** Bring asthma meds and spacer to all visits**

➤ Make an appointment with your health care provider within **two days** of an ED visit, hospitalization, or anytime for **ANY** problem or question with asthma.

REQUEST AND RELEASE
Self-Administration of Medication by Student
ASTHMA/LIFE THREATENING CONDITIONS

The undersigned hereby requests for the child hereinafter named to self-administer the prescribed medication(s) listed hereinafter for treatment of the child's asthma/life threatening condition.

I agree to provide all such medication at my expense. I further agree that according to state law, it is my responsibility to supply the school with an emergency supply of the prescribed inhaler or other medications such as glucagon, epinephrine injector, etc., as needed for life threatening conditions, and that if I fail to do this and my child is without an emergency supply of the prescribed medication, the school is not liable. I further agree that, in the event of any change in the health or condition of the child, I will promptly notify the school and advise in writing whether there is to be any change in the administration of such medication. I further agree that, in the event of a change of physician for the child, I will obtain from the new physician a new written statement concerning administration of prescription medication to the child. I understand that this *Request and Release* form is effective for the school year for which it is granted and **must be renewed by the parent/guardian each subsequent school year.**

I hereby release Independent School District Number 1 of Oklahoma County, Oklahoma, the District commonly referred to as Putnam City Schools, its officers and its employees, from any and all liability resulting from the child's failure to administer the medication indicated below. I further hereby release Independent School District Number 1 of Oklahoma County, Oklahoma, its officers and its employees, from any and all responsibility for adverse effects of this medication and agree to indemnify them, or any of them, against any and all liability, loss or damage they or any of them may incur as a result of the child not properly self-administering the medicine.

Name of Child _____ DOB _____

Name of Physician _____

Name of Medication Prescribed _____

Dosage _____

Number of Times in School Day to Be Administered _____

Time or Times of Administration _____

To Be Administered Until (Date) _____

Physician's Statement:

_____ I have instructed _____ in the proper use of his/her medication(s), and it is my professional opinion that this child should be allowed to carry and use that medication by him/herself.

_____ It is my professional opinion that _____ should **not** carry his/her medication him/herself.

Physician's **PRINTED** Name

Physician's **Signature**

Date

Parent/Guardian **PRINTED** Name
©Putnam City Schools Health Services

Parent/Guardian having legal custody **Signature**

Date

SOLICITUD Y EXCEPCIÓN DE RESPONSABILIDAD
Autoadministración de Medicamentos por el o la Estudiante
ASMA / CONDICIÓN DE RIESGO PARA LA VIDA

El suscrito solicita por la presente, en beneficio del niño o niña de aquí en adelante mencionado, que él o ella se pueda auto administrar el medicamento o los medicamentos recetados por su médico y que mencionamos más adelante para el tratamiento del asma o condición de riesgo para la vida del niño o niña.

Yo me comprometo a proveer y correr con el costo de estos medicamentos. Yo estoy asimismo de acuerdo que, como lo dice la ley del estado, es mi responsabilidad el proveer a la escuela con un inhalador como el recetado pero adicional para casos de emergencia o de una dotación de emergencia de medicamentos tales como glucagon, inyector de epinefrina, etc., que podrían necesitarse para casos en que la vida de la o el estudiante esté en riesgo, y que si yo incumplo con este requerimiento y mi niño o niña se queda sin una dotación de emergencia de la medicina recetada, la escuela no será responsable. Adicionalmente, yo estoy de acuerdo en que en la eventualidad de cualquier cambio en la salud o condición del niño o niña, yo informaré rápidamente a la escuela y les notificaré por escrito si deberá hacerse cualquier cambio en la administración de la mencionada medicación. Yo adicionalmente me comprometo a que, en la eventualidad de un cambio de médico tratante para el niño o niña, yo obtendré de la nueva o el nuevo médico una nueva declaración escrita concerniente a la administración de la medicina recetada al niño o niña. Yo entiendo que este formato de *Solicitud y Dispensa* es efectivo para el año escolar para el cual es otorgado y que **deberá ser renovado por el padre o tutor cada subsecuente año escolar.**

Yo por el presente eximo al Distrito Escolar Independiente Número 1 del Condado de Oklahoma, Oklahoma, el Distrito comúnmente conocido como las Escuelas de Putnam City, a sus oficiales y a sus empleados, de toda y cualquier responsabilidad que pudiera resultar debido a que el niño o la niña dejara de administrarse la medicina indicada líneas abajo. Yo asimismo eximo al Distrito Escolar Independiente Número 1 del Condado de Oklahoma, Oklahoma, a sus oficiales y a sus empleados, de toda y cualquier responsabilidad por efectos adversos que estos medicamentos pudieran ocasionar y estoy de acuerdo con indemnizarlos, a todos o a cualquiera de ellos, contra toda o cualquier responsabilidad, pérdida o daño en que ellos o cualquiera de ellos pueda incurrir como resultado de que el niño o la niña no se auto administre la medicina apropiadamente.

Nombre del niño o niña _____ FDN _____

Nombre de la doctora o él doctor _____

Nombre de la medicina recetada _____ Dosis _____

Número de veces a ser administrada durante las horas de un día de escuela _____

Hora u horas de administración _____ Debe ser administrada hasta (fecha) _____

Declaración de la Doctora o el Doctor:

_____ Yo he instruido a _____ en el uso apropiado de su medicina o medicinas, y en mi opinión profesional este niño o niña debe ser permitido de cargar y usar esta medicina por sí mismo.

_____ Es mi opinión profesional que _____ **no** debería portar su propia medicina.

Nombre de la doctora o el Doctor
EN LETRA DE IMPRENTA

FIRMA de la doctora o el Doctor

Fecha

Nombre del Padre o Tutor
EN LETRA DE IMPRENTA

FIRMA del Padre o Tutor que tiene la custodia

Fecha

Putnam City Schools Parent Consent Form for Student Medications

I have read the medication label, and my child does not have any health problem that could be made worse by taking this medicine. My child is not taking any other medication at home that could interact with this medicine and cause unwanted side effects. I will notify the school in writing if I want this medicine stopped. I have read and understand the District Medication Regulations on the reverse side of this form. **Medications must be picked up by the parent or a designated adult at the end of the year. Any medications not picked up will be destroyed. I understand that permission is granted for the exchange of communication between the school nurse or designated school employee and prescribing doctor regarding this medication.**

Please give the medicine according to the following directions:

Prescription Medication

Fill out and return to school with your child's medicine in the most current Pharmacy's **ORIGINAL** container **WITH** prescription label.

Over-the-Counter Medication

Fill out and return to school with a **NEW, UNOPENED** container of age-appropriate medicine.

Student _____ DOB _____ Grade/Teacher: _____

Medication (write med's name & strength as printed on label): _____

Dosage to be given at school: _____ Expiration date: _____

Purpose of med: _____ Times to be given: _____

Dates to be given (if not being given for the entire school year): _____

Doctor's name & phone (if prescription medication): _____

Allergies: _____

Special Instructions: _____

Number of pills sent to school (if prescription medication): _____

Parent's/guardian's current daytime phone number: _____

If prescribed morning dose is missed at home, I authorize the school to give medication after parent contact. The morning dose is: _____.

I understand that a parent/guardian must deliver all medications to school for elementary and middle school students.

Signature of parent/guardian

Printed name of parent/guardian

Date

To be completed by staff:

Number of pills arrived at school: _____

Signature of Nurse/Health Aide/Secretary

Date

"I hereby release Independent School District Number 1 of Oklahoma County, Oklahoma, the District commonly referred to as Putnam City Schools, its officers and its employees, from any and all liability resulting from my child carrying their asthma inhaler, epinephrine injector or diabetic supplies to and from school."

Signature of parent/guardian

Date

Medication Picked up by: _____

Date _____

Formulario de Consentimiento para los Padres con Estudiantes que toman Medicamentos en las Escuelas de Putnam City

He leído la etiqueta del medicamento, y mi hijo no tiene ningún problema de salud que pueda empeorar al tomar este medicamento. Mi hijo no está tomando ningún otro medicamento en la casa que pueda interactuar con este medicamento y provocar efectos secundarios no deseados. Notificaré a la escuela por escrito si necesito que paren el medicamento. He leído y entendido las Regulaciones de Medicamentos del Distrito al reverso de esta forma. **Los medicamentos deben ser recogidos por uno de los padres o un adulto designado al finalizar el año. Cualquier medicamento que no sea recogido será destruido.** Entiendo que se da permiso para el intercambio de comunicación referente al medicamento entre la enfermera escolar o personal escolar asignado y el medico que ha recetado este medicamento.

Por favor administre el medicamento de acuerdo a las siguientes instrucciones:

Medicamento de receta

Llene la forma y devuelva con el medicamento de su hijo en el contenedor **ORIGINAL** de la farmacia **CON** la etiqueta de la receta.

MEDICAMENTOS SIN RECETA

Complete y devuelva a la escuela con un envase **NUEVO, SIN ABRIR** de edad y dosis apropiada para el medicamento.

Estudiante: _____ Fecha de Nac. _____ Grado/ Maestra: _____

Medicamento (anote el nombre y la dosis como se ve en la etiqueta) _____

Dosis a dar en la escuela: _____ Fecha de Expiración: _____

Propósito: _____ Horario del Medicamento: _____

Fechas para ser administradas (en caso de no usarse todo el año): _____

Nombre y teléfono del médico (para medicinas de receta): _____

Alergias: _____

Instrucciones Especiales: _____

Numero de píldoras mandadas a la escuela (para medicinas de receta) _____

Número de Teléfono durante el día del Padre/ Guardián: _____

Si la dosis matutina del medicamento de receta no se administra en casa, autorizo a la escuela a que administre el medicamento después de haberme contactado por teléfono. La dosis matutina es: _____.

Entiendo que uno de los padres de familia/guardianes legales de alumnos en la primaria o secundaria deben entregar todos los medicamentos en la enfermería escolar.

Firma del padre/guardián

Nombre del padre/ guardián en letra de imprenta

Fecha

To be completed by staff:

Number of pills arrived at school: _____

Signature of Nurse/Health Aide/Secretary

Date

“Por este medio libero al Distrito Escolar Independiente Número 1 del Condado de Oklahoma ,Oklahoma, el Distrito comúnmente conocido como Escuelas de Putnam City, sus funcionarios y empleados, de cualquier y toda responsabilidad derivada de que mi hijo(a) lleve consigo su inhalador para el asma, inyector de epinefrina o suministros para la diabetes hacia y desde la escuela.”

Firma del padre/guardián

Fecha

Medicamento Recogido por: _____

Fecha: _____