



**GOBIERNO DE PUERTO RICO
DEPARTAMENTO DE SALUD**



**REGLAMENTO PARA LA CONTINUIDAD DE TRATAMIENTO A ESTUDIANTES
QUE PADECEN DE ASMA**

Aprobado por:

Julia Keleher
Secretaria de Educación

Dr. Rafael Rodríguez Mercado, MD, FAANS, FACS
Secretario de Salud

ÍNDICE

ARTÍCULO I – DISPOSICIONES GENERALES	4
Sección 1.1 – TÍTULO.....	4
Sección 1.2 – BASE LEGAL.....	4
Sección 1.3 – PROPÓSITO.....	4
Sección 1.4 – APLICABILIDAD.....	5
Sección 1.5 – DEFINICIONES.....	5
ARTÍCULO II – PLAN DE CONTINUIDAD DE TRATAMIENTO DE ESTUDIANTES QUE PADECEN DE ASMA DURANTE EL HORARIO ESCOLAR REGULAR Y EXTENDIDO	7
Sección 2.1 – ORIENTACIÓN AL PERSONAL ESCOLAR SOBRE LA CONDICIÓN DE ASMA.....	7
ARTÍCULO III – SOLICITUD Y AUTORIZACIÓN PARA ADMINISTRARSE POR CUENTA PROPIA LOS MEDICAMENTOS ASMA	8
Sección 3.1 – PROCEDIMIENTO A SEGUIR PARA OBTENER LA AUTORIZACIÓN PARA ADMINISTRARSE POR CUENTA PROPIA LOS MEDICAMENTOS DE ASMA.....	8
ARTÍCULO IV – FORMULARIOS	11
Sección 4.1 –REQUISITOS MÍNIMOS.....	11
ARTÍCULO V – VIGENCIA	11
ARTÍCULO VI – ENMIENDAS	11
ARTÍCULO VII – CLÁUSULA DE SEPARABILIDAD	11
ARTÍCULO VIII – APROBACIÓN	11
ANEJOS- FORMULARIOS	12
– FORMULARIO I: CERTIFICACIÓN MÉDICA/PLAN DE ACCIÓN.....	14
– FORMULARIO II: AUTORIZACIÓN Y RELEVO DE RESPONSABILIDAD.....	19
– FORMULARIO III: RELEVO DE RESPONSABILIDAD.....	21
– FORMULARIO IV: CERTIFICACIÓN DEL MAESTRO.....	23

GOBIERNO DE PUERTO RICO
DEPARTAMENTO DE SALUD Y DEPARTAMENTO DE EDUCACIÓN

**REGLAMENTO PARA LA CONTINUIDAD DE TRATAMIENTO A ESTUDIANTES
QUE PADECEN DE ASMA**

ARTÍCULO I. DISPOSICIONES GENERALES

Sección 1.1 – TÍTULO

Este reglamento se conocerá y citará como el “Reglamento para la continuidad de tratamiento a estudiantes que padecen de asma”.

Sección 1.2 – BASE LEGAL

Este reglamento se adopta al amparo de la Ley de Reforma Educativa de Puerto Rico, Ley Núm. 85 de 29 de marzo de 2018, la Ley Núm. 81 de 14 de marzo de 1912, según enmendada, Ley Orgánica del Departamento de Salud, la Ley Núm. 56 de 1 de febrero de 2006, según enmendada, conocida como la Ley de Tratamiento de Estudiantes que Padecen de Asma, Diabetes u Otra Enfermedad, y la Ley de Procedimiento Administrativo Uniforme del Gobierno de Puerto Rico, Ley Núm. 38 de 30 de junio de 2017.

Sección 1.3 – PROPÓSITO

El asma es una enfermedad crónica que causa inflamación de las vías respiratorias y limita el flujo de aire que entra y sale de los pulmones. Esta enfermedad requiere tratamiento de por vida e intervenciones médicas periódicas, para manejar la inflamación crónica y los episodios recurrentes de obstrucción de las vías respiratorias que impiden el flujo de aire. Esta condición es la segunda causa más frecuente de afección crónica en los niños y entre las enfermedades crónicas es la causa principal de ausentismo escolar. Según los Datos del *Medical Expenditure Panel Survey* en los Estados Unidos, entre los años 2002 y 2007, el gasto adicional por días perdidos atribuido al asma por cada año fue aproximadamente \$301.00 por cada trabajador y \$93.00 por cada estudiante.¹

Un niño con una exacerbación de sus síntomas del asma, usualmente pierde de 3 a 5 días de escuela y al menos uno de los padres/cuidadores pierde la misma cantidad de días de trabajo. Es por esto que los niños con asma tienen mayor costo indirecto que los adultos con asma.² El asma cada año ocasiona la pérdida de aproximadamente 500 mil días de escuela, lo que trae como consecuencia la disminución en el aprendizaje y el aprovechamiento académico del estudiante debido al ausentismo escolar.

Este Reglamento tiene como propósito establecer las guías a seguir para que los estudiantes diagnosticados con asma, tanto de escuelas públicas como privadas, se les permita administrarse por cuenta propia los medicamentos prescritos por un médico para tratar su condición. La administración de su tratamiento permite controlar su condición de asma mientras se encuentre durante el horario escolar regular y extendido en el plantel escolar, sus alrededores, en una actividad auspiciada por la escuela (evento deportivo, paseos, y otros eventos realizados fuera de las instalaciones escolares) o en un autobús escolar. Esto beneficiará a estos estudiantes porque se mantendrá una continuidad del tratamiento médico de asma como resultado de la disponibilidad de los medicamentos en el momento indicado, ya sea como mantenimiento o si se presenta una exacerbación aguda durante el día.

Sección 1.4 – APLICABILIDAD

Este Reglamento aplicará a todas las escuelas, tanto públicas como privadas, durante el horario regular y extendido.

Sección 1.5 – DEFINICIONES

A los fines de este reglamento, los siguientes términos y frases tendrán el significado que se expresa a continuación:

¹ Nuñez C., Margarida-Pereira A., & Morais-Almeida, M. (2017). Asthma Costs and social Impact. *Asthma Research and Practice*; 3(1).1-11.

² Íd.

1. **Acomodo razonable:** Modificación o ajuste que la escuela tiene que realizar para proveer los servicios, ayuda y facilidades necesarias para garantizar el derecho del estudiante a administrarse por cuenta propia los medicamentos prescritos por un médico para su condición de asma.
2. **Asma:** Es una enfermedad crónica que provoca que las vías respiratorias se inflamen y se estrechen. Esto hace que se presenten sibilancias (pito), dificultad para respirar, opresión en el pecho y tos. Durante un ataque de asma menos aire entra y sale de los pulmones y el cuerpo produce una mucosidad que obstruye aún más las vías respiratorias. Una crisis asmática puede poner en peligro la vida de una persona. Todas las crisis asmáticas requieren atención. Cuando una persona tiene una crisis asmática puede necesitar un medicamento de rescate contra el asma (o de alivio rápido), ir al médico o, incluso, acudir a un hospital.
3. **Destrezas motoras:** Acciones motrices relacionadas con la coordinación y el equilibrio.
4. **Dosis:** Cantidad del medicamento.
5. **Espaciador:** Especie de cámara de retención, cilindro o tubo de plástico que se conecta al inhalador de dosis medida para controlar la cantidad del medicamento que se inhala. Mantiene la medicina en el tubo para que el paciente respire cuando está preparado.
6. **Espirometría:** Prueba que estudia el funcionamiento pulmonar, analizando en circunstancias controladas, la magnitud absoluta de los volúmenes pulmonares y la rapidez con que el paciente es capaz de movilizarlos. Es un estudio indoloro del volumen y ritmo del flujo de aire dentro de los pulmones. Este procedimiento se utiliza con frecuencia para evaluar la función pulmonar en las personas con enfermedades pulmonares obstructivas o restrictivas tales como asma o fibrosis quística.
7. **Exacerbantes del asma:** Son eventos o sustancias que actúan como estímulos para desencadenar los síntomas del asma. Los más comunes son: tiza, polvo, hongo, moho, polen, cucarachas, roedores, humo de cigarrillo, olores fuertes, cambios en temperatura, ejercicios extenuantes, caspa de animales y algunos alimentos.
8. **Flujo espiratorio máximo (Peak Flow):** Es la velocidad máxima con la que una persona puede espirar. Indica cómo los pulmones son capaces de pasar el aire a través del cuerpo y por tanto, el grado de obstrucción de las vías respiratorias.
9. **Frecuencia de administración del medicamento:** Número de veces, periodicidad de administración del medicamento, según indicado por el medico
10. **Inhalador de dosis medida:** Envase plástico que contiene un tubo de aluminio con medicamento para el asma. Los pulmones del paciente reciben el medicamento cuando respiran las partículas que produce el inhalador. El inhalador de dosis medida se debe agitar por 15 segundos previo a usarse, para que tanto el líquido propelente que contiene (para impulsar el medicamento y pueda salir a presión) y el medicamento en sí, puedan mezclarse bien.
11. **Inhalador de polvo seco:** Es un dispositivo manual que envía una dosis de medicamento en forma de polvo al inhalarlo. El medicamento abre las vías respiratorias y no necesita la presión para proyectar el mismo. Sin embargo, para que llegue a los pulmones va a depender de la fuerza con que el paciente lo inhale.
12. **Medicamentos de mantenimiento o control para el asma:** Son medicamentos que se utilizan diariamente por un período de tiempo prolongado, para lograr mantener el control del asma persistente. Se utilizan aunque el paciente deje de presentar síntomas característicos de la condición. El consumo de éstos previene la ocurrencia de los ataques de asma mejorando la función pulmonar. A su vez, evitan que se inflamen las vías respiratorias. Es importante saber que no proporcionan alivio rápido durante los ataques de asma.
13. **Medicamento de rescate o acción rápida para el asma:** Son medicamentos que se utilizan durante un ataque de asma repentino con el propósito de aliviar los síntomas de la condición. Su función principal es abrir las vías respiratorias al relajar los músculos que las rodean. Estos medicamentos deben utilizarse tan pronto se presentan los primeros síntomas para ayudar a mantener el asma bajo control.
14. **Nebulizador:** Aparato para transformar un líquido en partículas finísimas que forman una especie de nubecilla.
15. **Plan de acción de asma:** Documento que llena el médico en donde se detallan los síntomas de asma que se deben observar en el paciente, los medicamentos, dosis y horario de los medicamentos de acuerdo a los síntomas y qué hacer en caso de emergencia.
16. **Ruta de administración del medicamento:** Vía o conducto a utilizarse para administrarse un medicamento de asma, ya sea por boca (cápsulas, tabletas, líquido), inhalado, o por inyección.

17. **Sibilancias:** Es un ruido inspiratorio o espiratorio agudo que aparece en el árbol bronquial. Además es un signo de que una persona puede estar presentando problemas respiratorios. El sonido de las sibilancias es más evidente cuando se exhala (expulsar el aire), pero también se puede escuchar al inhalar (tomar aire).

ARTÍCULO II. AUTORIZACIÓN PARA ADMINISTRARSE POR CUENTA PROPIA LOS MEDICAMENTOS DE ASMA DURANTE EL HORARIO ESCOLAR REGULAR Y EXTENDIDO

Sección 2.1 SOLICITUD DE LA AUTORIZACIÓN PARA ADMINISTRARSE POR CUENTA PROPIA LOS MEDICAMENTOS DE ASMA

Todo estudiante que requiera tratamiento para su condición de asma durante el horario escolar ya sea regular o extendido, deberá presentar una solicitud de autorización ante la institución educativa a la cual vaya a asistir durante ese año escolar. Dicha solicitud deberá estar acompañada de un plan de acción para la continuidad de tratamiento certificado por un médico.

Sección 2.2 PROCEDIMIENTO A SEGUIR PARA OBTENER LA AUTORIZACIÓN PARA ADMINISTRARSE POR CUENTA PROPIA LOS MEDICAMENTOS DE ASMA

A. Como parte de la solicitud de autorización, se deberá completar los siguientes documentos:

1. Certificación médica (Formulario I)

El proveedor de cuidado médico que maneje la condición de asma del niño (a), o el médico que prescribe los medicamentos de asma, deberá certificar por escrito la necesidad de tratamiento del estudiante con la condición de asma durante el horario escolar regular y extendido, especificando el diagnóstico o condición relacionada al asma. Además el galeno debe certificar, dentro de su mejor criterio, si el estudiante tiene la capacidad física y mental para administrarse por cuenta propia los medicamentos de asma en la escuela donde está matriculado durante el año escolar.

Para emitir la certificación de que el estudiante está apto para administrarse el (los) medicamentos, el médico deberá adiestrar al estudiante así como al padre, madre, tutor o encargado en todo lo relacionado a la administración del (los) mismos. También deberá auscultar la capacidad que demuestra el estudiante para llevar a cabo la técnica correcta del uso del (los) medicamento(s) para administrárselos por cuenta propia, tomando en cuenta la madurez, experiencia, capacidad física (destrezas motoras), capacidad mental, circunstancias, opinión del padre, madre, tutor o encargado del estudiante y la comprensión de éstos sobre las consecuencias de no administrarse los medicamentos o de administrárselos en cantidades que sobrepasan las indicaciones del médico conforme a las instrucciones y adiestramiento provisto.

La edad mínima para administrarse por cuenta propia los medicamentos de asma será 10 años. El médico podrá emitir certificaciones para administrarse por cuenta propia los medicamentos de asma a estudiantes menores de 10 años de edad, en aquellos casos en que la severidad de la condición es tal, que de la única manera en que estaría en igualdad de condición de aprovechamiento escolar sería permitiéndole administrarse los medicamentos por cuenta propia.

Si por el contrario, el médico certifica que el estudiante no está física y mentalmente capacitado para administrarse por cuenta propia los medicamentos de asma, deberá adiestrar al padre, madre, tutor o

encargado para que este administre los mismos en el hogar o en la escuela (horario escolar y extendido). Asimismo, el médico deberá explicar sobre las consecuencias de no administrarse los medicamentos o de administrárselos en cantidades que sobrepasan las indicaciones conforme a las instrucciones y adiestramiento provisto.

2. Plan de Acción (Formulario I)

El médico delinearé el Plan de Acción para la continuidad del tratamiento médico durante el horario escolar regular y extendido, y/o en el hogar, para los estudiantes que padecen de asma. Este plan de acción deberá incluir lo siguiente:

- a. Nombre y teléfono del médico
- b. Tipo(s) y nombre del medicamento o medicamentos (control y rescate)
- c. Rutas de administración
- d. Dosis, vía y frecuencia (horario) para medicarse
- e. Especificaciones para el almacenamiento del medicamento o medicamentos
- f. Provocadores del asma específico para el paciente
- g. Flujo espiratorio máximo del paciente
- h. Otras recomendaciones requeridas según la condición del estudiante

Como parte del formulario de Certificación Médica y Plan de Acción, el padre, madre, tutor o encargado del estudiante deberá suscribir una certificación de que ha presenciado, recibido y comprendido las instrucciones y el adiestramiento ofrecido por el médico primario, pediatra o neumólogo.

El Plan de acción deberá compartirse con todos los maestros y el personal del plantel escolar, que se encuentre en contacto con el estudiante que padece de asma. El mismo deberá conservarse en lugar seguro (bajo llave), por contener información confidencial de salud del estudiante.

3. Autorización y relevo de responsabilidad (Formulario II)

El padre, madre, tutor o encargado del estudiante deberá entregar al director de la escuela, o a su representante, una autorización y relevo total a favor de la institución educativa, incluyendo sus directores, oficiales, empleados, agentes, representantes, aseguradores, fiadores o garantizadores, de cualquier responsabilidad, reclamación o causas de acción que puedan surgir del proceso de automedicación del estudiante durante el horario escolar regular y extendido.

4. Relevo de responsabilidad en caso de que el estudiante NO esté autorizado a administrarse medicamentos por cuenta propia (Formulario III)

Si el médico certifica que el estudiante no puede administrarse por cuenta propia los medicamentos de asma durante el horario escolar regular o extendido, el padre, madre, tutor o encargado del estudiante deberá entregar al director de la escuela, o a su representante, un relevo total a favor de la institución educativa, incluyendo a sus directores, oficiales, empleados, agentes, representantes, aseguradores, fiadores o garantizadores, de cualquier responsabilidad, reclamación o causas de acción que puedan surgir de la no administración por cuenta propia de los medicamentos del estudiante mencionado durante el horario escolar regular y extendido.

5. Certificación de Maestro (Formulario IV)

El director escolar o sus representantes, deberá orientar o tramitar el adiestramiento del maestro de salón hogar y demás maestros del estudiante sobre la Ley Núm. 56 de 1 de febrero de 2006, según enmendada. Asimismo, deberá discutir la autorización o desautorización, que tiene el estudiante para administrarse por cuenta propia los medicamentos de asma, y la Certificación del Maestro que indica haber recibido copia del Plan de Acción del(a) estudiante, para la escuela o su cuidado en el hogar.

Sección. 2.3 VIGENCIA DE LA AUTORIZACIÓN

Las certificaciones, formularios y planes de acción presentados como parte de la solicitud de autorización de la entidad educativa serán de aplicación en la escuela en la que el estudiante esté matriculado y durante el año escolar para el cual fue expedida. Si el estudiante es transferido a otra escuela, deberá presentar copia de la documentación en la nueva escuela en la que sea matriculado y actualizar los relevos de responsabilidad a nombre de la nueva escuela.

Sección. 2.3 PUBLICACIÓN DE FORMULARIOS

Tanto el Departamento de Salud y como el Departamento de Educación, publicarán el presente reglamento en sus respectivas páginas de Internet, así como los formularios de manera individual para facilitar el acceso a los mismos.

ARTÍCULO III. ORIENTACIÓN AL PERSONAL ESCOLAR SOBRE LA CONDICIÓN DE ASMA

El Departamento de Salud en coordinación con el Departamento de Educación y otras entidades identificadas por ambas dependencias, ofrecerán capacitaciones al personal escolar sobre la importancia del manejo, control y tratamiento de los estudiantes con la condición de asma.

ARTÍCULO IV. ENMIENDAS

El Departamento de Educación y el Departamento de Salud tendrán la facultad de enmendar el presente reglamento conforme a las disposiciones de la Ley de Procedimiento Administrativo Uniforme del Gobierno de Puerto Rico, Ley Núm. 38 de 30 de junio de 2017.

ARTÍCULO VI. CLÁUSULA DE SEPARABILIDAD

Si cualquier inciso, artículo, sección o parte de este Reglamento fuere declarado inconstitucional o nulo por un Tribunal con competencia, dicha declaración no afectará, menoscabará o invalidará las restantes disposiciones y partes del mismo, sino que su efecto se limitará a la palabra, oración, inciso, artículo, sección o parte específica declarada inconstitucional o nula. A esta finalidad, las disposiciones de este Reglamento son separadas e independientes.

ARTÍCULO VII. VIGENCIA

Este reglamento entrará en vigor sesenta (60) días después de su radicación en el Departamento de Estado.

ARTÍCULO VIII. APROBACIÓN

Este Reglamento fue aprobado de conformidad con Ley Núm. 38 de 30 de junio de 2017, Ley de Procedimiento Administrativo Uniforme del Gobierno de Puerto Rico.

En San Juan, Puerto Rico, hoy _____ de _____ de 2019.

Dra. Julia Keleher Ed. D
FACS
Secretaria de Educación

Dr. Rafael Rodríguez Mercado- MD, FAANS,
Secretario de Salud

FORMULARIO I
CERTIFICACIÓN MÉDICA

1. Certifico que el (la) paciente _____
de _____ años de edad, con número de expediente médico _____, es mi
paciente desde _____ (día/mes/año). Tiene diagnóstico de asma y (marcar con una X):

____ Está

____ No está

Física y mentalmente capacitado para administrarse por cuenta propia los medicamentos de asma durante el horario escolar regular y extendido.

2. He instruido y adiestrado al paciente y/o al padre, madre, tutor o encargado sobre la manera adecuada, correcta y responsable del uso del(los) medicamento(s) incluido(s) en el Plan de Acción. Este adiestramiento incluyó información sobre el tipo de medicamento, rutas y procedimientos a seguir para administrarse por cuenta propia o con la ayuda del padre, madre, tutor o encargado (lo que aplique) los medicamentos, dosis a administrarse, vía y frecuencia de la administración, instrucciones para manejar y formas seguras de almacenar el medicamento.
3. Se incluye el Plan de Acción para continuidad de tratamiento médico, con instrucciones especiales en caso de emergencia.

Nombre del médico (letra de molde): _____

Número de licencia: _____

Especialidad: _____

Número de teléfono de la oficina: _____

Número de celular: _____

Nombre y dirección del grupo médico, centro o IPA (si aplica): _____

Fecha (día/mes/año): _____

Este documento debe renovarse anualmente, siempre y cuando el plan de tratamiento del estudiante no cambie antes de tiempo

Uso de la escuela:

Recibido por: _____

(Director de la escuela o representante autorizado)

Original: Expediente del estudiante en la escuela.

Copia: Padre, madre, tutor o encargado.

Fecha _____

PLAN DE ACCIÓN PARA CONTINUIDAD DE TRATAMIENTO MÉDICO DURANTE EL HORARIO ESCOLAR REGULAR Y EXTENDIDO EN EL HOGAR PARA LOS ESTUDIANTES CON LA CONDICIÓN DE ASMA

I. Información General (debe ser completada en letra de molde por el **médico del estudiante**)

Nombre del estudiante: _____
 Fecha de nacimiento: _____ Edad: _____ Grado: _____
 Nombre de la escuela: _____
 Nombre del padre, madre, tutor o encargado: _____

II. Información médica (deberá ser completada en letra de molde por el **médico del estudiante**).

Marcar con "x" donde aplique: **Severidad del asma:** ___ Intermitente ___ Leve persistente ___ Moderada persistente ___ Severa persistente

Provocadores del asma en el (la) estudiante:

- Resfríos Polvo Moho/Humedad Olores fuertes Ejercicio Alimentos Polen
 Humo Animales Estrés/Emociones Reflujo Plagas Otros _____



<i>Zona de control del asma (según los colores de un semáforo)</i>	<i>Nombre del Medicamento</i>	<i>Dosis (cuánto)</i>	<i>Frecuencia de Administración (Horario/Cuándo)</i>	<i>Ruta de Administración</i>
Zona Verde: El asma está bajo control				
<ul style="list-style-type: none"> Respira fácilmente y bien No hay tos, pito al respirar ni pecho apretado Puede jugar o hacer ejercicios normalmente Duerme toda la noche No necesito medicamento de rescate 				
Zona Amarilla: El asma está empeorando				
<ul style="list-style-type: none"> Dificultad para respirar Tos, pito en el pecho cuando respira Pecho apretado Cansancio Puede hacer algunas de las actividades de costumbre, pero no todas Me despierto a veces por la noche debido a los síntomas del asma Uso con más frecuencia el medicamento de rescate 				
Zona Roja: Alerta Médica				
<p>Llame a su proveedor de salud AHORA</p> <ul style="list-style-type: none"> Las medicinas de la zona verde y amarilla no han ayudado Es muy difícil respirar o la respiración es fuerte y rápida El pecho se siente oprimido y duele Los músculos del cuello están trabajando más que de costumbre Los síntomas son los mismos o empeoran después de 24 horas en la zona Amarilla No puede hacer las actividades de costumbre Señales de PELIGRO: No puede hablar o caminar bien o los labios o uñas se ponen azules o grises LLAME AL 911 O VAYA AL HOSPITAL RÁPIDAMENTE 				

III. Instrucciones en el caso de una **EMERGENCIA**: Si el medicamento de rescate no le ha ayudado al estudiante, no tiene medicamentos y está en la ZONA ROJA o alerta médica, favor de informar al director o su representante y llamar al padre, madre tutor o encargado para que lleve al niño a una sala de emergencia, o que llame a su médico al teléfono _____ o una ambulancia al teléfono _____. Llamar al **911** si no consigue al padre, madre tutor o encargado o si la situación se agrava.

IV. Lugar seguro donde almacenar el (los) medicamento(s):
 ___ Bulto del estudiante ___ Bajo llave ___ Nevera
 ___ Otros (especifique): _____

V. Favor marcar con una **X** el (los) que aplique(n):

El estudiante debe administrarse dos (2) atomizaciones (pompazos) antes de realizar ejercicio físico.

- Beneficios de medicarse por cuenta propia(o con la ayuda de su padre, madre, tutor o encargado) durante el horario escolar regular y extendido:
 - El estudiante puede continuar su tratamiento sin interrupción para controlar los síntomas y evitar un ataque agudo de asma.
 - El estudiante puede evitar la muerte en un ataque agudo de asma.
- Riesgos de la administración de medicamentos durante el horario escolar regular y extendido:
 - Posibles efectos secundarios de las medicinas de rescate incluyen: taquicardia, temblores y nerviosismo
 - Otros posibles efectos secundarios _____
 - No hay riesgo _____

VI. Comentarios o instrucciones adicionales según la condición del estudiante:

Uso de la escuela:
 Recibido por: _____ Fecha _____
 (Director de la escuela o representante autorizado)
 Original: Expediente del estudiante en la escuela.
 Copia: Padre, madre, tutor o encargado.

Certificación del padre, madre, tutor o encargado:

Yo, _____, (padre____, madre ____, tutor _____, o encargado ____)
Nombre (en letra de molde)

Del (la) estudiante, certifico haber presenciado, recibido y comprendido las instrucciones y el adiestramiento ofrecido por el (la) Dr(a). _____ sobre el plan de acción y continuidad de tratamiento médico durante el horario escolar regular y extendido, o en el hogar para los estudiantes con la condición de asma.

Firma: _____

Relación con el estudiante: _____

Número de teléfono: _____

Información del Médico:

Nombre del médico (en letra de molde): _____

Firma del médico _____

Número de licencia: _____

Especialidad: _____

Número de teléfono de la oficina: _____ Número de celular: _____

Nombre y dirección del grupo médico, centro primario o IPA (si aplica): _____

Fecha (día/mes/año): _____

Este documento debe renovarse anualmente, siempre y cuando el plan de tratamiento del estudiante cambie.

Original: Expediente del estudiante en la escuela.

Uso de la escuela:

Recibido por: _____

(Nombre del director de la escuela o representante autorizado en letra de molde)

Firma del director de escuela o representante autorizado: _____

Fecha: _____

SECCIÓN EDUCATIVA SOBRE EL ASMA

Definición: El asma es una enfermedad inflamatoria crónica, en la cual las vías respiratorias o tubos bronquiales por donde pasa el aire hacia adentro y hacia fuera de los pulmones se inflaman, se contraen y producen mucha mucosidad. Esto hace difícil la respiración. El asma puede causar daños a los pulmones y en ocasiones puede causar hasta la muerte si no se atiende a tiempo. A pesar de ser una enfermedad crónica se puede controlar y manejar siguiendo las recomendaciones médicas.

Síntomas: Se pueden tener todos, varios o uno solo de estos síntomas:

- Dificultad al respirar o falta de aire
- Tos continua
- Sibilancia (pito) cuando respira
- Presión en el pecho
- Taquicardia
- Cansancio
- Retracciones intercostales
- Aleteo nasal

Trabaje con su médico: Visite al médico por lo menos cada seis meses. Solicite un **Plan de Acción** o tratamiento por escrito para que su hijo(a) pueda seguirlo diariamente, cuando esté enfermo y en caso de emergencia.

Pregunte a su médico sobre:

- Los medicamentos de **mantenimiento** (o control) del asma que se usan por tiempo prolongado para reducir la severidad los síntomas y evitar los ataques de asma.
- Los medicamentos de **rescate** (o de acción rápida) que se utilizan durante ataques de asma repentinos para expandir las vías respiratorias.
- Artefactos que puede usar para controlar el asma, como: el **medidor de aire de flujo máximo** (para medir la gravedad del asma e identificar el tratamiento adecuado), el **espaciador** (para asegurar que se ha utilizado la dosis correcta del medicamento) y el **nebulizador** o máquina de terapia.
- Cómo **usar los medicamentos correctamente**.
- Pruebas de **alergias**.
- Cambios que necesite hacer en el **ambiente** del hogar, escuela y trabajo.
- Referidos a **especialistas** (por ejemplo, el neumólogo o el alergista), visitas de seguimiento, y dónde llamar o acudir en caso de emergencia.
- Vacune anualmente al niño(a) contra la **influenza** y contra la **pulmonía**. Pregúntele al médico sobre el itinerario de estas vacunas para los niños.

INSTRUCCIONES SOBRE CÓMO ADMINISTRARSE LOS MEDICAMENTOS MÁS COMUNES PARA EL ASMA:

Para información detallada con ilustraciones de cómo administrarse correctamente los medicamentos más comunes para el tratamiento del asma, puede acceder a www.proyectoasmapr.com a la sección de “Educate”. Al final de las instrucciones también existe información sobre videos sobre el uso de los medicamentos que puede acceder en el Internet.

Copia: Padre, madre, tutor o encargado.

Nota: Todo maestro del estudiante deberá tener una copia. Este documento debe estar debidamente custodiado.

FORMULARIO II

AUTORIZACIÓN Y RELEVO DE RESPONSABILIDAD

(para ser completado por el padre, madre o encargado)

(SOLAMENTE SI EL MÉDICO CERTIFICA QUE EL ESTUDIANTE **PUEDE** ADMINISTRARSE POR CUENTA PROPIA LOS MEDICAMENTOS DE ASMA)

Yo, _____, (padre____, madre ____, tutor/a _____, o encargado/a)
nombre (letra de molde)

autorizo a mi hijo(a) _____, estudiante de ____ años de edad, quien
nombre de estudiante (letra de molde)

actualmente está matriculado (a) en _____ (escuela pública _____ o institución
(nombre de la escuela(letra de molde)

privada_____) del distrito escolar _____ donde cursa el _____ grado, a ejercer su derecho a administrarse por cuenta propia sus medicamentos de asma, según lo establece la Ley Núm. 56 de 1 de febrero de 2006, según enmendada.

(Iniciar todas las siguientes premisas):

____Entiendo que la escuela no se hace responsable de los resultados negativos al estudiante durante la administración por cuenta propia, o la no administración, de los medicamentos de asma aprobada por su médico para tratar su asma.

____Reconozco que el Distrito y sus escuelas, empleados y agentes estarán exentos de responsabilidad civil por actos u omisiones bajo la Ley 56-2006, según enmendada, excepto por actos criminales, maldad intencional, negligencia grave o mala conducta premeditada.

____Tengo conocimiento que este permiso de poseer y administrarse por cuenta propia sus medicamentos de asma durante el horario escolar regular y extendido puede ser revocado por el (la) principal de la escuela o encargado escolar si éste determina que el estudiante no se está administrando adecuadamente o no está haciendo buen uso de los medicamentos (distribución o venta).

____Tengo conocimiento de que los documentos requeridos para que el estudiante se administre por cuenta propia los medicamentos de asma deben renovarse anualmente y cada vez que el plan de tratamiento del estudiante cambie.

____Me comprometo a informar inmediatamente a la escuela si cambio mi número de teléfono y a ofrecer números de teléfono alternos si tengo disponibles para que me informen en caso de una emergencia con el (la) estudiante.

____Tengo conocimiento que esta autorización y relevo de responsabilidad para el Departamento de Educación, institución privada, el personal escolar y el Departamento de Salud, cubre al estudiante durante el horario escolar regular y extendido cuando esté participando en actividades educativas fuera del plantel escolar, según se establece en el Plan de Acción para Continuidad de Tratamiento Médico durante el Horario Escolar para los Estudiantes con la Condición de Asma.

Nombre del padre, madre, tutor(a), o encargado(a): _____
(letra de molde)

Firma del padre, madre, tutor(a), o encargado(a): _____

Fecha (día/mes/año): _____

Recibido por: Director de escuela o representante autorizado: _____
(letra de molde)

Firma del Director de escuela o representante autorizado: _____

Fecha (día/mes/año): _____

Este documento debe renovarse anualmente. Original: Expediente del estudiante en la escuela. Copia: Padre, madre, tutor o encargado.

FORMULARIO III

RELEVO DE RESPONSABILIDAD

(Para ser completado por el padre, madre o encargado)

(SOLAMENTE SI EL MÉDICO CERTIFICA QUE EL ESTUDIANTE **NO** PUEDE ADMINISTRARSE POR CUENTA PROPIA LOS MEDICAMENTOS DE ASMA)

Yo, _____, (padre____, madre ____, tutor/a _____, o encargado/a)
nombre (letra de molde)

de _____, estudiante de ____ años de edad, quien actualmente está matriculado (a)
(nombre de estudiante(letra de molde)

en _____ (escuela pública _____ o institución privada_____) del distrito
(nombre de la escuela en letra de molde)

escolar _____ donde cursa el _____ grado:

(Iniciar todas las siguientes premisas):

____Tengo conocimiento de que el médico no certificó que el estudiante se puede administrar por cuenta propia el medicamento durante el horario escolar regular y extendido.

____Entiendo que la escuela no se hace responsable de los resultados negativos al estudiante de la no administración por cuenta propia o por el padre, madre, tutor o encargado, de los medicamentos de asma.

____Reconozco que el Distrito y sus escuelas, empleados y agentes estarán exentos de responsabilidad civil por actos u omisiones bajo la Ley Núm. 56 del 1 de febrero de 2006, según enmendada, excepto por actos criminales, maldad intencional, negligencia grave o mala conducta premeditada.

____Tengo conocimiento de que los documentos requeridos para que el estudiante se administre por cuenta propia los medicamentos de asma deben renovarse anualmente y cada vez que el plan de tratamiento del estudiante cambie. De esta forma cuando el médico certifique que el estudiante puede administrarse por cuenta propia el medicamento podrá ejercer este derecho.

____Me comprometo a informar inmediatamente a la escuela si cambio mi número de teléfono y a ofrecer números de teléfono alternos si tengo disponibles para que me informen en caso de una emergencia con el (la) estudiante.

____Tengo conocimiento que este relevo de responsabilidad para el Departamento de Educación, el personal escolar y el Departamento de Salud, cubre al estudiante durante el horario escolar regular y extendido cuando esté participando en actividades educativas fuera del plantel escolar, según se establece en el Plan de Acción para Continuidad de Tratamiento Médico durante el Horario Escolar o en el Hogar para los Estudiantes con la Condición de Asma.

Nombre del padre, madre, tutor(a), o encargado(a): _____
(letra de molde)

Firma del padre, madre, tutor(a), o encargado(a): _____

Fecha (día/mes/año): _____

Recibido por: director de escuela o representante autorizado: _____
(letra de molde)

Firma del director de escuela o representante autorizado: _____

Fecha (día/mes/año): _____

Este documento debe renovarse anualmente. Original: Expediente del estudiante en la escuela. Copia: Padre, madre, tutor o encargado.

FORMULARIO IV

CERTIFICACIÓN DEL MAESTRO

(Deberá ser completado por el maestro)

Certifico haber recibido orientación sobre Ley Núm. 56 del 1 de febrero de 2006, según enmendada y sobre (marcar con una X lo que aplique):

La autorización del estudiante para administrarse por cuenta propia los medicamentos de asma, así como también copia del Plan de Acción para continuidad de tratamiento médico durante el horario escolar regular y extendido para el estudiante _____.
(nombre del estudiante)

Desautorización del estudiante para administrarse por cuenta propia los medicamentos de asma durante el horario escolar regular y extendido para el estudiante _____ y copia del Plan de Acción para continuidad de tratamiento
(nombre del estudiante)

médico en el hogar para el estudiante.

Nombre del(a) maestro(a) en letra de molde:

Firma del(a) maestro(a):

Fecha (día/mes/año): _____

Nombre del director de escuela o representante autorizado:

(en letra de molde)

Firma del director de escuela o representante autorizado:

Fecha (día/mes/año): _____

Nota: Todo maestro que ofrezca clases al estudiante deberá tener una copia actualizada del Plan de Acción.