

ASTHMA POLICY

1. Every child who has asthma shall have an asthma special care plan from his/her health care provider. If a child does not require medication for his/her asthma, this must be stated on the special care plan.
2. The plan shall include the following:
 - Child's name, date of birth parent's or guardian's name, emergency phone numbers, health care provider's name and phone number, including emergency phone number, and asthma care specialist's name, if any, including phone number and emergency phone number.
 - Name of medication for routine and emergency care.
 - Amount of medications and how to administer, for routine and emergency care.
 - How soon treatment should work.
 - Expected benefit for the child.
 - Possible side effects.
 - Known triggers for this child's asthma.
 - Activities that are known to trigger a need for special attention for this child.
 - Information regarding use of flow meter, and frequency of urgency care needed for this child.
 - Typical signs and symptoms of this child's asthma episodes.
 - Situations that require emergency help.
 - Dated signature of Dr.
 - Dated signature of parent.
3. Staff will receive training from the child's parents in the use of the child's special equipment and inhaled medication. In addition, staff will receive additional training when updating their pediatric first aid certificate. This training shall include the following:
 - *Preventing exposure to triggers
 - *Recognizing symptoms
 - *Use of nebulizer equipment and inhalers
 - *How to clean equipment
 - *Storage of inhaled medication
 - *What to do in an emergency
 - *How to identify side effects of medication
 - *When to notify parents
4. A consent form must be on file at the child's facility. A separate form must be filled out for each person who administers inhaled medication.

CENTER ASTHMA PLAN

1. The Asthma Policy is discussed with the parents/guardians.
2. A Nebulizer Care Consent/Verification is filled out for each staff person, who administers medication to that child.
3. The parents/guardians train the staff on how to administer inhaled medication.
4. The parents/guardians arrange for the health care provider to fill out the Child Asthma Plan and return it to the center.
5. A Routine Medication Record is used as a record of administered medications for each child when the child is not exhibiting any symptoms of difficulty in breathing.
6. An Emergency Medication Record is used when the child is having difficulty breathing.
7. An agreed-upon location for the medication forms is established at each site. Once filled, the forms will be saved in the family file.



COMMUNITY CHILD CARE COUNCIL OF SONOMA COUNTY, INC.

131-A STONY CIRCLE, SUITE 300, SANTA ROSA CA 95401 TEL: 707-544-3077 FAX: 707-544-2625
 WEB SITE: WWW.SONOMA4CS.ORG EMAIL: INFO@SONOMA4CS.ORG

CHILD ASTHMA PLAN

Parents/Guardians: Please note, to insure the best possible care for your child, it is required that this form be completed by your physician and returned to the center by the following date:_____.

Patient's Name:_____ DOB:_____

Medical Record #:_____

Parent/Guardian emergency phone #:_____

Healthcare Provider's Name:_____

Phone:_____

Date:_____

KNOWN TRIGGERS: _____

Routine Medications (use every day to stay healthy)	How Much to Take	How Often	Other Instructions (such as spacer/masks, nebulizers)
		_____ Times per day, EVERYDAY	
		_____ Times per day, EVERYDAY	
		_____ Times per day, EVERYDAY	

Emergency Medications	How Much to Take	How Often	Other Instructions



COMMUNITY CHILD CARE COUNCIL OF SONOMA COUNTY, INC.

131-A STONY CIRCLE, SUITE 300, SANTA ROSA CA 95401 TEL: 707-544-3077 FAX: 707-544-2625
 WEB SITE: WWW.SONOMA4CS.ORG EMAIL: INFO@SONOMA4CS.ORG

Plan Para el Asma Infantil

Padres/Guardianes: Por favor noten que para asegurar el mayor cuidado posible para su nino, se requiere que esta forma sea llenada por su doctor y devuelta al centro el dia de:_____

Nombre del paciente:_____ Fecha de nacimiento:_____

Numero de record medico:_____

Telefono de padres/guardianes:_____

Nombre del Medico:_____

Telefono del medico:_____

Fecha:_____

PROVOCACIONES CONOCIDAS: _____

Medicamientos de control (usa todos los dias para mantenerlo)	Dosis	Cuantas veces	Otras instrucciones (por ejemplo: espaciadores/mascaras, nebulizadores)
		_____ veces por dia, Todos Los Dias	
		_____ veces por dia, Todos Los Dias	
		_____ veces por dia, Todos Los Dias	

Medicamientos de control	Dosis	Cuantas veces	Otras instrucciones

FORMULARIO DE CONSENTIMIENTO / VERIFICACION PARA DAR UNA MEDICINA POR MEDIO DE UN NEBULIZADOR GUARDERIAS INFANTILES

Se puede usar este formulario para demostrar que se está cumpliendo con lo estipulado en la Sección 1596.798 del Código de Salud y Seguridad antes que una persona con licencia para cuidado de niños o un empleado pueda darle a un niño bajo su cuidado una medicina inhalada. Una copia de este formulario completado se tiene que archivar en el expediente del niño y en el expediente del personal. **Se tiene que completar un formulario por separado para cada una de las personas que le dará al niño una medicina que se inhala.**

Yo, _____, doy mi consentimiento para que _____,
NOMBRE DEL REPRESENTANTE AUTORIZADO (USE LETRA DE MOLDE) NOMBRE DE LA PERSONA CON LICENCIA O DEL EMPLEADO (USE LETRA DE MOLDE)

quien trabaja en _____,
NOMBRE Y DIRECCION DE LA GUARDERIA INFANTIL (USE LETRA DE MOLDE)

le dé la medicina inhalada a mi niño(a), _____, y se comunique con el proveedor
NOMBRE DEL NIÑO (USE LETRA DE MOLDE)
 del cuidado de la salud de mi niño.

Además, certifico que yo personalmente le he enseñado a la persona con licencia o al empleado mencionado anteriormente cómo darle la medicina inhalada a mi niño.

También he proporcionado a la guardería infantil las instrucciones escritas del doctor de mi niño, o de un proveedor del cuidado de la salud que trabaja bajo la supervisión del doctor de mi niño (por ejemplo, un asistente de doctor, una enfermera practicante o una enfermera certificada). Estas instrucciones incluyen:

- Circunstancias específicas (tales como síntomas) en las cuales dar la medicina inhalada de acuerdo a la receta del doctor.
- Posibles efectos secundarios y cómo se espera que reaccione a la medicina.
- La cantidad y forma de la dosis que se va a dar de acuerdo a la receta del doctor.
- Lo que se debe hacer en caso de efectos secundarios o reacción en caso de tratamiento incompleto, de acuerdo a la receta del doctor. Esto incluye lo que se debe hacer en caso de una emergencia.
- Instrucciones para el almacenamiento apropiado de la medicina.
- La dirección y número de teléfono del doctor del niño.

FIRMA DEL REPRESENTANTE AUTORIZADO

FECHA

DIRECCION DEL REPRESENTANTE AUTORIZADO

NUMERO DE TELEFONO EN EL HOGAR

NUMERO DE TELEFONO EN EL TRABAJO

PERMISSION TO ADMINISTER MEDICATION

As the parent or legal guardian of _____

I give the staff of the child development center permission to administer this prescribed medication to my child on this date.

Medication _____ Doctor's note: Yes ___ No ___

Dose _____ Times / Administered by _____ / _____
_____ / _____
_____ / _____

Signature of Parent/Legal Guardian

Date

PERMISO PARA ADMINISTRAR MEDICINAS

Como Padre ó Guardián de _____, le doy permiso a los empleados del Centro de Desarrollo de Niño, para administrar esta(s) medicinas recetada(s) a mi hojo(a) en los siguientes días y horas.

Medicina _____ Nota del Doctor: Si ___ No ___

Dosis _____ Tiempo/Administrada por: _____ / _____
_____ / _____
_____ / _____

Firma del Padre ó Tutor Legal

Fecha