

Carta Trámite

7 de julio de 2021

A: Todos los Proveedores Contratados por First Medical Health Plan, Inc. para el Plan Vital, Región Única y Población Vital-X (Virtual)

Re: Carta Normativa 21-0625 relacionada a la Orden Administrativa Núm. 473 del Departamento de Salud para Completar Plan de Acción para el Manejo del Asma a todo Paciente con esta Condición y Completar Certificación Médica Anual para Estudiantes Pacientes de Asma

Estimado(a) Proveedor(a):

Reciba un cordial saludo de parte de First Medical Health Plan, Inc.

Adjunto a este comunicado encontrará la Carta Normativa 21-0625 de la Administración de Seguros de Salud de Puerto Rico (ASES).

A través de esta Carta Normativa, la ASES informa sobre la Orden Administrativa Núm. 473 del Departamento de Salud que requiere que, todo médico o especialista (pediatra, médico primario, médico de familia, neumólogo) complete el Plan de Acción para el control del ASMA como parte del tratamiento de los pacientes con esta condición.

Este plan deberá ser revisado y modificado cuando el tratamiento del paciente así lo requiera. El establecer o revisar el Plan de Acción para el Control del Asma no deberá implicar un costo adicional para el paciente, ya que se considera parte del tratamiento del paciente.

En adición, la ASES requiere que, para todos aquellos pacientes pediátricos con diagnóstico establecido de asma que sean estudiantes y se matriculen en escuelas públicas o privadas, el médico o especialista (pediatra, médico primario, médico de familia, neumólogo), deberá completar un Certificado Anual el cual evidenciara que los estudiantes pacientes diagnosticados con asma y sus encargados recibieron el adiestramiento adecuado por parte de un Profesional de la Salud cualificado, acerca del uso correcto y responsable del medicamento recetado, como lo establece la Ley 56-2006. Este certificado debe ser completado en adición al Plan de Acción para el Control del Asma, conforme se establece en el Reglamento Núm. 9224 de 27 de octubre de 2020.

Es importante recordar que, la OA Núm. 473 es explícita en cuanto a la responsabilidad del médico o especialista, sobre la participación de los talleres de Manejo y Control del Asma

ofrecidos por el Programa de Asma del Departamento de Salud, para actualizar conceptos y conocer como completar dicho Plan de Acción.

Para referencia se incluye, el Formulario del Plan de Acción, copia de la OA Núm. 473, copia del Reglamento Núm. 9224 y copia del Formulario de Certificación Médica para los estudiantes con diagnóstico de asma. Para obtener más información, puede acceder al portal Web del Programa de Asma del Departamento de Salud: www.proyectoasmapr.com .

Le exhortamos a que lea detenidamente la Carta Normativa 21-0625 para que se familiarice con las instrucciones impartidas por la ASES.

Si usted tiene alguna pregunta relacionada a este comunicado y/o necesita información adicional, siéntase en la libertad de comunicarse con nuestro Centro de Servicio al Proveedor al número libre de cargos 1-844-347-7802 de lunes a viernes de 7:00 a.m. a 7:00 p.m. También, puede acceder a www.firstmedicalvital.com.

Cordialmente,

Departamento de Cumplimiento
First Medical Health Plan, Inc.



Carta Normativa 21-0625

25 de junio de 2021

A: ORGANIZACIONES CONTRATADAS DE MANEJO COORDINADO DE SALUD (MCO), GRUPOS MÉDICOS PRIMARIOS (GMP), Y PROVEEDORES PARTICIPANTES DEL PLAN VITAL

ASUNTO: APOYO OA-473 DEL DEPARTAMENTO DE SALUD PARA COMPLETAR PLAN DE ACCIÓN PARA EL MANEJO DEL ASMA A TODO PACIENTE CON ESTA CONDICIÓN Y COMPLETAR CERTIFICACIÓN MÉDICA ANUAL PARA ESTUDIANTES PACIENTES DE ASMA

Según establece la **Orden Administrativa (OA) 473**, emitida por el Departamento de Salud el **15 de diciembre de 2020**, el asma es una condición crónica que requiere tratamiento de por vida y de intervenciones médicas periódicas para manejarla adecuadamente. De acuerdo con el Sistema de Vigilancia del Programa de Asma, en Puerto Rico, existen aproximadamente **303,623 adultos** con diagnóstico de asma. Mientras que el grupo de niños y adolescentes con asma alcanza unos **84,398**. El padecimiento de asma trae gran carga a los pacientes y a sus cuidadores. Por ejemplo, esta condición puede causar ausentismo en las escuelas y provocar pérdidas económicas por ausencias en los trabajos. Por supuesto, esta carga del asma también impacta al sistema de salud en general debido a las múltiples visitas que se generan a médicos y especialistas, visitas a salas de emergencia o urgencia y hospitalizaciones.

La OA 473 del Departamento de Salud estableció que se *“extiende la obligación de completar un plan de acción para el control del asma para todos sus pacientes con esta condición”*. El **Plan de Acción para el Manejo del Asma**, conforme a esta OA, es el plan de acción aprobado por el Departamento para el control del asma donde:

- se muestra el tratamiento diario,
- describe cómo controlar el asma a largo plazo,
- así cómo manejar la condición cuando empeore o cuando la persona tenga un ataque.
- incluye los factores o provocadores externos que pueden exacerbar el asma de la persona.

Tanto la *Ley de tratamiento de estudiantes que padecen de asma, diabetes u otra enfermedad*, **Ley Núm. 56 de 1 de febrero de 2006**, como el **Reglamento Núm. 9224 de 27 de octubre de 2020 - Reglamento para la continuidad de tratamiento a estudiantes que padecen asma**, establecen la obligación de todo médico de completar un plan de acción para el control del asma y una certificación médica para todo estudiante paciente de asma que atienda.

Tomando como base lo antes expuesto, la ASES requiere que todas las aseguradoras contratadas bajo el Plan de Salud del Gobierno – Plan Vital, se encarguen de promover entre sus redes de proveedores el

estricto cumplimiento de las siguientes instrucciones, que se desprenden de la Orden Administrativa 473, del 15 de diciembre de 2020, emitida por el Departamento de Salud de Puerto Rico:

Plan de Acción para el Control del Asma

- Todo *médico o especialista (pediatra, médico primario, médico de familia, neumólogo)* deberá completar el **Plan de Acción para el Control del Asma** (anejo) como parte del tratamiento de los pacientes con esta condición y estar debidamente evidenciado en el expediente de cada paciente con diagnóstico de asma.
 - Este plan deberá ser revisado y modificado cuando el tratamiento del paciente así lo requiera.
 - El establecer o revisar el **Plan de Acción para el Control del Asma no deberá implicar un costo adicional para el paciente, ya que se considera parte del tratamiento del paciente.**

Certificación Médica Anual (para estudiantes)

- Para todos aquellos pacientes pediátricos con diagnóstico establecido de asma que sean estudiantes y se matricularán en escuelas públicas o privadas, el *médico o especialista (pediatra, médico primario, médico de familia, neumólogo)*, deberá completar un **Certificado Anual** (anejo) el cual evidenciará que los estudiantes pacientes diagnosticados con asma y sus encargados *recibieron adiestramiento adecuado por parte de un profesional de la salud cualificado, acerca del uso correcto y responsable del medicamento recetado, tal y como lo establece la Ley 56-2006.*
 - Este certificado debe ser completado en adición al Plan de Acción para el Control del Asma, conforme se establece en el Reglamento para la continuidad de tratamiento a estudiantes que padecen asma, Reglamento Núm. 9224 de 27 de octubre de 2020.
 - Mediante este Certificado Médico, el proveedor indicará si el estudiante paciente *está o no está capacitado física y mentalmente para administrarse por cuenta propia los medicamentos de asma durante el horario escolar regular y extendido.*
 - También mediante este documento se certifica que *se ha 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. Y que este adiestramiento incluyó información sobre el tipo de medicamento, 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.*
 - Esta Certificación debe ir acompañada del Plan de Acción para continuidad del tratamiento del estudiante paciente y otras instrucciones especiales en caso de emergencia.

Entendemos que la OA 473 busca reforzar el cumplimiento con la Ley Núm. 56 de 1 de febrero de 2006 y con el Reglamento Núm. 9224 de 27 de octubre de 2020, con mayor enfoque en la población estudiantil pediátrica. No obstante, en lo que corresponde a los pacientes adultos, a la ASES le interesa que se efectúen acciones proactivas e intervenciones preventivas adecuadas en todos aquellos pacientes con carga debido a su diagnóstico de asma, incluyendo la población de 18 años en adelante.

A esos efectos, las aseguradoras contratadas deben asegurar que sus proveedores también discutan el **Plan de Acción de Control del Asma** preparado por el Departamento de Salud al menos una (1) vez al año con sus pacientes de 18 años en adelante.

Claro está, es esencial que las aseguradoras refuercen el que se evidencie debidamente la discusión y revisión del Plan de Acción en los récords médicos de los pacientes diagnosticados con asma. En el caso de los pacientes adultos (18 años o más), al discutir el formulario del Plan de Acción de Control del Asma de ser necesario, colocarán las dosis adecuadas o alguna información adicional en el área provista para "otros". Igualmente, con población de 18 años o más no deberán llenar la sección que establece "Solo para menores" o podrán colocar N/A (no aplica).

La OA 473 es explícita en cuanto la responsabilidad del médico o especialista (*pediatra, médico primario, médico de familia, neumólogo*), en cuanto a participar de los talleres de Manejo y Control del Asma ofrecidos por el Programa de Asma del Departamento de Salud, para *actualizar conceptos y conocer cómo completar dicho plan de acción*. Así mismo, la ASES requiere a las todas las aseguradoras que apoyen a sus redes de proveedores coordinando, de ser necesario, con el Programa de Asma del Departamento de Salud para solicitar orientación respecto al contenido del Plan de Acción para el Control del Asma. Estamos acompañando esta Carta Normativa junto con el formulario del Plan de Acción revisado en mayo de 2021, copia de la Orden Administrativa 473, copia del Reglamento Núm. 9224 de 27 de octubre de 2020, y copia del formulario de Certificación Médica para los estudiantes con diagnóstico de asma para su referencia. Además, podrán acceder estos documentos y otra información basada en evidencia relacionada en el portal Web del Programa de Asma del Departamento de Salud: www.proyectoasmapr.com.

Esperamos con su colaboración lograr un mejor control del asma en la población que servimos, favoreciendo su calidad de vida a través de un monitoreo individualizado de su condición y promoviendo la adherencia a los tratamientos prescritos. Igualmente, estarán apoyando en aliviar el impacto a nuestro sistema de salud, reduciendo las visitas a salas de emergencia y hospitalizaciones por asma descontrolada.

Cordialmente,



Jorge E. Galva Rodríguez, JD, MHA
Director Ejecutivo

Anejos (4)

Planificación

FORMULARIO I
CERTIFICACIÓN MÉDICA

1. Certifico que el (la) paciente _____
de _____ años, con número de expediente médico _____, es mi paciente desde
___/___/_____ (día/mes/año) y tiene un diagnóstico de asma.

Esta o no está capacitado física y mentalmente para administrarse por cuenta propia los medicamentos de asma durante el horario escolar regular y extendido. (Favor de marcar con una X):

___ Está capacitado
___ No está capacitado

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: _____
Nombre del grupo, Centro o IPA (si aplica): _____
Dirección postal: _____
Fecha de hoy (día/mes/año): ___/___/___
Firma del médico: _____

***Este documento debe renovarse anualmente, o antes si el plan de tratamiento del estudiante cambia.**

Uso de la escuela:

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

Fecha _____

Día/ Mes/ Año

Original: Expediente del estudiante en la escuela.

Copia: Padre, madre, tutor o encargado.

Sello de la Escuela:

Plan de Acción del Asma

Llene en letra de molde.

Nombre del paciente:	Fecha de nacimiento: mm / dd / aaaa	Fecha de vigencia: mm / dd / aaaa
Clasificación de gravedad: <input type="checkbox"/> Intermitente <input type="checkbox"/> Persistente leve <input type="checkbox"/> Persistente moderado <input type="checkbox"/> Persistente severo		
Mejor Marca personal del Peak Flow: _____ L/min <input type="checkbox"/> N/A *Todo niño debe utilizar su cámara espaciadora al usar un inhalador o pompa.		

ZONA VERDE: ESTÁ BAJO CONTROL

Respiras bien, sin tos ni sibilancias, puedes jugar, duermes bien durante la noche.

Flujo espiratorio máximo: _____
(es más del 80% de la mejor marca personal)

Medicamento diario	Concentración	Cuánto y cuándo usar
<input type="checkbox"/> Advair® HFA	<input type="checkbox"/> 45mcg	<input type="checkbox"/> 115mcg <input type="checkbox"/> 230mcg _____ inhalación(es) _____ vez/veces al día
<input type="checkbox"/> Flovent®	<input type="checkbox"/> 44mcg	<input type="checkbox"/> 110mcg <input type="checkbox"/> 220mcg _____ inhalación(es) _____ vez/veces al día
<input type="checkbox"/> Flovent® Diskus®	<input type="checkbox"/> 50mcg	<input type="checkbox"/> 100mcg <input type="checkbox"/> 250mcg _____ inhalación(es) _____ vez/veces al día
<input type="checkbox"/> Pulmicort Respules® (Budesonide)	<input type="checkbox"/> 0.25mg	<input type="checkbox"/> 0.5mg <input type="checkbox"/> 1.0mg _____ unidad(es) nebulizada(s) _____ vez/veces al día
<input type="checkbox"/> Pulmicort Flexhaler®	<input type="checkbox"/> 90mcg	<input type="checkbox"/> 180mcg _____ inhalación(es) _____ vez/veces al día
<input type="checkbox"/> Singulair (Montelukast)	<input type="checkbox"/> 4mg	<input type="checkbox"/> 5mg <input type="checkbox"/> 10mg1 pastilla en la noche
<input type="checkbox"/> Otros: _____		

Antes de Actividad física: N/A
 Usa albuterol o levalbuterol _____ inhalaciones, 15 minutos antes de la actividad.

Recuerde enjuagarse la boca después de usar sus medicamentos.

- PROVOCADORES:**
- *Ningún niño debe estar expuesto al humo de cigarrillo o cigarrillo electrónico
- Marque todos los factores que provocan el asma del paciente:**
- Catarro
 - Actividad física o Ejercicios
 - Alergias
 - Ácaros, polvo, peluches, alfombras
 - Polen
 - Hongos
 - Mascotas
 - Plagas (cucarachas)
 - Olores irritantes (perfumes, productos de limpieza)
 - Temperaturas extremas- caliente o fría
 - Polvo del Sahara, contaminación del aire o humo
 - Emociones fuertes
 - Alimentos: _____
 - Otros: _____

ZONA AMARILLA: PRECAUCIÓN

Podrías tener algunos problemas de respiración, tos, sibilancias y/o pecho apretado, problemas para jugar y te despiertas durante la noche.

Flujo espiratorio máximo: _____
(está entre 50% y 79% de la mejor marca personal)

CONTINUAR CON LOS MEDICAMENTOS DE LA ZONA VERDE Y AÑADIR:

Medicamento	Concentración	Cuánto y cuándo usar
<input type="checkbox"/> Albuterol	90mcg	_____ inhalación(es) inmediatamente
<input type="checkbox"/> Albuterol	<input type="checkbox"/> 1.25mg/3mL <input type="checkbox"/> 2.5mg/3mL	_____ unidad(es) nebulizada(s) inmediatamente
<input type="checkbox"/> Otros: _____		

El niño(a) se debe sentir mejor dentro de 20 a 60 minutos del tratamiento de alivio rápido (albuterol). Continúe administrando el medicamento cada _____ horas.

Si el niño/a empeora o está en la zona amarilla durante más de 24 horas, siga las instrucciones de la ZONA ROJA.

ZONA ROJA: ¡CONSIGA AYUDA AHORA!

Podrías tener respiración rápida; no puedes parar de toser; dificultad para respirar, caminar, hablar o jugar por falta de aire; labios o uñas azules; costillas visibles.

Flujo espiratorio máximo: _____
(es menos de 50% de la mejor marca personal)

¡ADMINISTRE EL MEDICAMENTO DE ALIVIO RÁPIDO AHORA!

Medicamento	Concentración	Cuánto y cuándo usar
<input type="checkbox"/> Albuterol	90mcg	_____ inhalación(es) inmediatamente
<input type="checkbox"/> Albuterol	<input type="checkbox"/> 1.25mg/3mL <input type="checkbox"/> 2.5mg/3mL	_____ unidad(es) nebulizada(s) inmediatamente
<input type="checkbox"/> Otros: _____		

VAYA A SALA DE EMERGENCIAS/URGENCIAS O LLAME AL 911 si no mejora después de 15 min de tratamiento o si presenta las siguientes señales de peligro: sigue en la zona roja después de 15 minutos, tiene labios y uñas azules o presenta dificultad para respirar. Continúe administrando el medicamento cada 15 minutos hasta recibir asistencia.

Personal escolar: Siga las instrucciones de *Antes Actividad Física* en la *Zona Verde*, y las instrucciones de la *Zona Amarilla* y la *Zona Roja*.

Proveedor de atención médica:

Nombre:	Teléfono: () - -
Firma:	Fecha: mm / dd / yyyy

Solo para menores:

Este estudiante es capaz y se le ha enseñado el método correcto para que se administre los medicamentos inhalados no nebulizados nombrados arriba, según la Ley 56 de 2006, el Reglamento 9224 de octubre 2020 y la Orden Administrativa 473 de diciembre 2020.

Este estudiante no tiene la aprobación para automedicarse.

Padre/tutor:

No Sí: Autorizo que un enfermero escolar le administre a mi hijo(a) sus medicamentos indicados en el plan de acción.

No Sí: Autorizo a que mi hijo(a) pueda llevar y auto-administrarse su inhalador de alivio rápido en la escuela.

Nombre del padre/madre o encargado:	Teléfono: () - -
Firma:	Fecha: mm / dd / yyyy

*Este plan de acción tiene una vigencia de un año. Sin embargo, si se realiza un cambio en tratamiento, este pierde la vigencia y se debe realizar un nuevo plan.
REVISADO EN MAYO DE 2021



GOBIERNO DE PUERTO RICO
DEPARTAMENTO DE SALUD



Numero: **9224**

Fecha: 27 DE OCTUBRE DE 2020

Aprobado: Lcdo. Raúl Márquez Hernández
Secretario de Estado

Firma:

Departamento de Estado
Gobierno de Puerto Rico

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

Aprobado por:

Dr. Eligio Hernández Pérez, Ed.D
Secretario de Educación

Lorenzo González Feliciano, MD, MBA, DHA
Secretario de Salud

Numero: 9224

Fecha: 27 DE OCTUBRE DE 2020

Aprobado: Lcdo. Raúl Márquez Hernández

Secretario de Estado



Firma:

Departamento de Estado

Gobierno de Puerto Rico

ÍNDICE

ARTÍCULO I. DISPOSICIONES GENERALES	3
Sección 1.1 – TÍTULO.....	3
Sección 1.2 – BASE LEGAL.....	3
Sección 1.3 – PROPÓSITO.....	3
Sección 1.4 – APLICABILIDAD.....	3
Sección 1.5 – DEFINICIONES.....	4
ARTÍCULO II. AUTORIZACIÓN PARA ADMINISTRARSE POR CUENTA PROPIA LOS MEDICAMENTOS DE ASMA DURANTE EL HORARIO ESCOLAR REGULAR Y EXTENDIDO	5
Sección 2.1 SOLICITUD DE LA AUTORIZACIÓN PARA ADMINISTRARSE POR CUENTA PROPIA LOS MEDICAMENTOS DE ASMA	5
Sección 2.2 PROCEDIMIENTO A SEGUIR PARA OBTENER LA AUTORIZACIÓN PARA ADMINISTRARSE POR CUENTA PROPIA LOS MEDICAMENTOS DE ASMA.....	5
Sección 2.2 VIGENCIA DE LA AUTORIZACIÓN	7
ARTÍCULO III. ORIENTACIÓN AL PERSONAL ESCOLAR SOBRE LA CONDICIÓN DE ASMA	7
ARTÍCULO IV. ENMIENDAS	7
ARTÍCULO V. CLÁUSULA DE SEPARABILIDAD	7
ARTÍCULO VI. VIGENCIA	7
ARTÍCULO VIII. APROBACIÓN	7
ANEJOS - FORMULARIOS	
– FORMULARIO I: CERTIFICACIÓN MÉDICA/PLAN DE ACCIÓN	
– FORMULARIO II: AUTORIZACIÓN Y RELEVO DE RESPONSABILIDAD	
– FORMULARIO III: RELEVO DE RESPONSABILIDAD	
– FORMULARIO IV: CERTIFICACIÓN DEL MAESTRO	

**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 Cada año el asma 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. También, este Reglamento será aplicable a todo padre, madre, guardián, encargado o tutor legal, o entidad pública o privada, a cargo de todo menor de 10 años en adelante, a ser matriculado al inicio de clases a una escuela pública o privada, y a todo Director o

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.

personal designado por el Director de una escuela pública o privada que procese la matrícula de un estudiante dentro de la jurisdicción del Gobierno de Puerto Rico.

Sección 1.5 – DEFINICIONES

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

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 médico.
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 del 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 éste 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 (pediatra, médico primario, médico de familia, neumólogo pediátrico) delineará 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 del asma 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 (si aplica)
- h. Otras recomendaciones requeridas según la condición del estudiante

El Departamento de Salud desarrollará los formularios que se presentarán en la escuela durante el proceso de matrícula y facilitará su accesibilidad de manera electrónica en el portal www.salud.gov.pr, y en el portal del Programa de Asma: www.proyectoasmapr.com. Conforme a los recursos disponibles, el Departamento diseminará copias de estos formularios para el asma a los médicos. Es responsabilidad de cada médico licenciado por el Estado, obtener copia de los formularios y del Plan de Acción del Asma para tenerlo accesible en su consultorio o área de trabajo.

Ningún médico licenciado por el Estado podrá negarse a prestar servicios para otorgar un Plan de Acción del Asma y completar los demás formularios por razones de índole política, religiosa, de raza, condición social, edad,

sexo, nacionalidad, condición o impedimento físico o mental o por falta de tiempo para cumplimentar el mismo.

Como parte del formulario de Certificación Médica y Plan de Acción del Asma, 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.

3. Autorización y relevo de responsabilidad (Formulario II)

Los formularios deberán ser gestionados por el padre, madre o tutor del menor y deberán ser entregados al momento de realizar la matrícula. El padre, la madre o el encargado tendrán hasta un periodo de cuatro (4) meses luego de haber comenzado el periodo escolar para entregar dichos documentos. Todos los formularios deberán ser compartidos con los maestros y el personal del plantel escolar, que se encuentre en contacto con el estudiante que padece de asma. Los mismos, deberán conservarse en lugar seguro (bajo llave), por contener información confidencial de salud del estudiante.

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.

6. Proceso de matrícula

De no presentar los formularios y el Plan de Acción del Asma a la fecha del comienzo del año escolar se procederá con una admisión provisional y el encargado del menor deberá proveer todos los formularios en un término no mayor de cuatro (4) meses, contados a partir de la fecha de inicio del curso.

El Director, Principal o el personal designado por el Director de cada escuela, será responsable de velar por el cumplimiento de lo dispuesto en este reglamento y establecer el procedimiento para notificar al Departamento de la Familia en caso de incumplimiento.

El estudiante no será penalizado por el incumplimiento de su madre, padre, encargado o tutor legal, y se le permitirá continuar y culminar su calendario académico. En caso de incumplimiento, el Departamento de Educación hará un referido al Departamento de la Familia para evaluación por posible maltrato o negligencia al no cumplir con lo dispuesto en este reglamento.

Sección. 2.3 VIGENCIA DE LA AUTORIZACIÓN

Las certificaciones, formularios y planes de acción del asma 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. 2.4 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.

Sección 2.5 INFORMES

Dentro del término de cuarenta y cinco (45) días, contados a partir del comienzo del curso escolar, o de haberse matriculado un estudiante de 10 años o más, el registrador o director o principal de la escuela o centro de tratamiento social, deberá radicar un informe inicial vía correo electrónico tanto al Programa de Asma a proyectoasmapr@gmail.com del Departamento de Salud como al Departamento de Educación. Para el 30 de marzo del año escolar en curso, el registrador o director o principal de la escuela o centro de tratamiento social, emitirá vía correo electrónico proyectoasmapr@gmail.com un informe final al Programa de Asma del Departamento de Salud con la información de los menores de 10 años o más matriculados y el estatus de aquellos estudiantes admitidos provisionalmente a causa del no cumplimiento en la entrega de todos los formularios mencionados anteriormente, según se dispone en este Reglamento. A partir de esta fecha la escuela deberá referir los casos que no cumplieron con la entrega del plan de acción del asma al Departamento de la Familia siguiendo los protocolos establecidos de actos de negligencia o maltrato. Dicho informe se preparará en los formularios que suministre el Departamento de Salud y deberá indicar:

1. el número de estudiantes admitidos a la escuela con asma
2. el número de estudiantes admitidos a la escuela con asma que entregaron su Plan de Acción para el Asma
3. el número de estudiantes que están autorizados por el médico para auto-administrarse los medicamentos en la escuela
4. el número de estudiantes que no están autorizados por el médico para auto-administrarse los medicamentos en la escuela
5. el número de estudiantes que han sido admitidos provisionalmente por no presentar el Plan de Acción del Asma y los formularios

El Secretario de Salud o su delegado, podrá verificar o utilizar esta información suministrada por los informes para vigilancia epidemiológica cuando lo estime necesario.

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 23 de octubre de 2020.


Prof. Eligio Hernández Pérez
Secretario de Educación


Lorenzo González Feliciano, MD, MBA, DHA
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, o antes si el plan de tratamiento del estudiante cambia.

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 _____

Nombre: _____ Fecha de Nacimiento: ____/____/____

Clasificación de gravedad Intermitente Persistente leve Persistente moderado Persistente grave

Desencadenantes del asma (lista): _____

Mejor marca personal del medidor de flujo espiratorio máximo: _____

ZONA VERDE: ANDA BIEN				
Síntomas: la respiración es buena, sin tos ni sibilancia, puede trabajar y jugar, duerme bien durante la noche.				
Flujo espiratorio máximo _____ (más del 80% de la mejor marca personal)				
Medicamento/s de control	Medicamento	¿Cuánto tomar?	¿Cuándo y con qué frecuencia?	Tomar
	_____	_____	_____	<input type="checkbox"/> Hogar <input type="checkbox"/> Escuela
	_____	_____	_____	<input type="checkbox"/> Hogar <input type="checkbox"/> Escuela
Actividad física: <input type="checkbox"/> usa albuterol/levalbuterol _____ puffs, 15 minutos antes de la actividad <input type="checkbox"/> con todas las actividades				
<input type="checkbox"/> cuando el niño/a siente que lo necesita				

ZONA AMARILLA: PRECAUCIÓN	
Síntomas: Algunos problemas de respiración, tos, sibilancias, pecho apretado, problemas para trabajar o jugar, se despierta durante la noche	
Flujo espiratorio máximo _____ (entre 50% y 79% de la mejor marca personal)	
Medicamento/s de alivio rápido	<input type="checkbox"/> albuterol/levalbuterol _____ puffs, cada 4 horas según sea necesario
Medicamento/s de control	<input type="checkbox"/> continuar con los medicamentos de la zona verde
	<input type="checkbox"/> agregar: _____ <input type="checkbox"/> cambiar por: _____
El niño/a se debe sentir mejor dentro de 20 a 60 minutos del tratamiento de alivio rápido. Si el niño/a empeora o está en la zona amarilla durante más de 24 horas, siga las instrucciones de la ZONA ROJA y llame al médico inmediatamente.	

ZONA ROJA: ¡CONSIGUE AYUDA AHORA!	
Síntomas: Muchos problemas respiratorios, no puede trabajar o jugar, empeora en lugar de mejorar, el medicamento no ayuda	
Flujo espiratorio máximo _____ (menos de 50% de la mejor marca personal)	
¡Tome el medicamento de alivio rápido AHORA! <input type="checkbox"/> albuterol/levalbuterol _____ puffs, _____ (con qué frecuencia)	
LLAME AL 911 INMEDIATAMENTE SI PRESENTA LAS SIGUIENTES SEÑALES DE PELIGRO:	<ul style="list-style-type: none"> • Dificultad para caminar/hablar, debido a la falta de aire • Labios o uñas azules • Sigue en la zona después de 15 minutos

Personal escolar: Siga las instrucciones de la Zona amarilla y roja respecto de los medicamentos de alivio rápido de acuerdo con los síntomas del asma. Los únicos medicamentos de control que podrán administrarse en la escuela son los que figuran en la Zona verde con una tilde junto a "Tomar en la escuela".

Tanto el proveedor de atención médica como el padre/tutor consideran que el niño ha demostrado capacidad para llevar y auto administrarse su inhalador de alivio rápido, incluida la capacidad de avisar a un adulto si los síntomas no mejoran después de tomar el medicamento.

Proveedor de atención médica

Nombre: _____ Fecha: ____/____/____ Teléfono (____) - _____ - _____

Firma: _____ Número de licencia: _____ NPI: _____

Padre/tutor

Autorizo que un enfermero u otro personal escolar administren en la escuela los medicamentos que figuran en el plan de acción.

Autorizo la comunicación entre el hospital o el proveedor de atención médica que prescribe, el enfermero de la escuela, trabajador social de la escuela que sea necesaria para el control del asma y la administración de medicamentos.

Autorizo a que mi hijo/a pueda llevar y auto-administrarse su inhalador de alivio rápido.

Nombre: _____ Fecha: ____/____/____ Teléfono (____) - _____ - _____

Firma: _____

FORMULARIO II- Plan de Acción del Asma

Este documento debe renovarse anualmente, o antes si el plan de tratamiento del estudiante cambia.

Original: Expediente del estudiante en la escuela.

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: _____

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 **PUEDA** 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
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): _____

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): _____

FORMULARIO IV

CERTIFICACIÓN DEL MAESTRO

(Deberá ser completado por el maestro)

Certifico haber recibido orientación sobre Ley Núm. 56 de 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.