

## PROVIDER INSTRUCTIONS

### At initial presentation, determine the level of asthma severity

- Level of severity is determined by both impairment and risk and is assigned to the most severe category in which any feature occurs.



### At subsequent visits, assess control to adjust therapy

- Level of control is determined by both impairment and risk and is assigned to the most severe category in which any feature occurs.
- Address adherence to medication, inhaler technique, and environmental control measures.
- Sample patient self-assessment tools for asthma control can be found at <http://www.asthmacontrol.com/index.html>  
<http://www.asthmacontrolcheck.com>



### Stepwise approach for managing asthma:

- Therapy is increased (stepped up) if necessary and decreased (stepped down) when possible as determined by the level of asthma severity or asthma control.

**Asthma severity and asthma control include the domains of current impairment and future risk.**

**Impairment:** frequency and intensity of symptoms and functional limitations the patient is currently experiencing or has recently experienced.

**Risk:** the likelihood of either asthma exacerbations, progressive decline in lung function (or, for children, reduced lung growth), or risk of adverse effects from medication.

## ASTHMA MANAGEMENT RECOMMENDATIONS:

- Ensure that patient/family receive education about asthma and how to use spacers and other medication delivery devices.
- Assess asthma control at every visit by self-administered standardized test or verbal history.
- Perform spirometry at baseline and at least every 1 to 2 years for patients  $\geq 5$  years of age.
- Update or review the Asthma Action Plan every 6 to 12 months.
- Perform skin or blood allergy tests for all patients with persistent asthma.
- Encourage patient/family to continue follow-up with their clinician every 1 to 6 months even if asthma is well controlled.
- Refer patient to a specialist if:
  - there are difficulties achieving or maintaining control OR
  - step 4 care or higher is required (step 3 care or higher for children 0-4 years of age) OR
  - immunotherapy or omalizumab is considered OR
  - additional testing is indicated OR
  - if the patient required 2 bursts of oral systemic corticosteroids in the past year or a hospitalization.

## HOW TO USE THE ASTHMA ACTION PLAN:

### Top copy (for chart):

- **File this copy in the patient's medical chart.**

### Middle copy (for patient):

- Enter specific medication information and review the instructions with the patient and/or family.
- Educate patient and/or family about factors that make asthma worse and the remediation steps on the back of this form.
- **Complete and sign the bottom of the form and give this copy of the form to the patient.**

### Bottom copy (for school, childcare, work, etc):

- Educate the parent/guardian on the need for their signature on the back of the form in order to authorize student self-carry and self-administration of asthma medications at school and also to authorize sharing student health information with school staff.
- **Provide this copy of the form to the school/childcare center/work/caretaker or other involved third party. (This copy may also be faxed to the school, etc.)**

## FOR MORE INFORMATION:

To access the August 2007 full version of the NHLBI Guidelines for the Diagnosis and Treatment of Asthma (EPR-3) or the October 2007 Summary Report, visit <http://www.nhlbi.nih.gov/guidelines/asthma/index.htm>.

THIS PAGE HAS BEEN INTENTIONALLY LEFT BLANK

# My Asthma Plan

ENGLISH




Patient Name: \_\_\_\_\_

Medical Record #: \_\_\_\_\_


Provider's Name: \_\_\_\_\_ DOB: \_\_\_\_\_

Provider's Phone #: \_\_\_\_\_ Completed by: \_\_\_\_\_ Date: \_\_\_\_\_

Controller Medicines	How Much to Take	How Often	Other Instructions
		_____ times per day <b>EVERY DAY!</b>	<input type="checkbox"/> Gargle or rinse mouth after use
		_____ times per day <b>EVERY DAY!</b>	
		_____ times per day <b>EVERY DAY!</b>	
		_____ times per day <b>EVERY DAY!</b>	
Quick-Relief Medicines	How Much to Take	How Often	Other Instructions
<input type="checkbox"/> Albuterol (ProAir, Ventolin, Proventil) <input type="checkbox"/> Levalbuterol (Xopenex)	<input type="checkbox"/> 2 puffs <input type="checkbox"/> 4 puffs <input type="checkbox"/> 1 nebulizer treatment	Take ONLY as needed (see below — starting in Yellow Zone or before exercise)	NOTE: If you need this medicine more than two days a week, call physician to consider increasing controller medications and discuss your treatment plan.

Special instructions when I am  *doing well*,  *getting worse*,  *having a medical alert*.

**GREEN ZONE**

**Doing well.** 

- No cough, wheeze, chest tightness, or shortness of breath during the day or night.
- Can do usual activities.


**Peak Flow** (for ages 5 and up):  
is \_\_\_\_\_ or more. (80% or more of personal best)

**Personal Best Peak Flow** (for ages 5 and up): \_\_\_\_\_

**PREVENT** asthma symptoms every day:

- Take my controller medicines (above) every day.
- Before exercise, take \_\_\_\_\_ puff(s) of \_\_\_\_\_
- Avoid things that make my asthma worse. (See back of form.)

**YELLOW ZONE**

**Getting worse.** 


- Cough, wheeze, chest tightness, shortness of breath, or
- Waking at night due to asthma symptoms, or
- Can do some, but not all, usual activities.

**Peak Flow** (for ages 5 and up):  
\_\_\_\_\_ to \_\_\_\_\_ (50 to 79% of personal best)

**CAUTION.** Continue taking every day controller medicines, AND:

- Take \_\_\_\_\_ puffs or \_\_\_\_\_ one nebulizer treatment of quick relief medicine. If I am not back in the **Green Zone** within 20-30 minutes take \_\_\_\_\_ more puffs or nebulizer treatments. If I am not back in the **Green Zone** within one hour, then I should:
- Increase \_\_\_\_\_
- Add \_\_\_\_\_
- Call \_\_\_\_\_
- Continue using quick relief medicine every 4 hours as needed. Call provider if not improving in \_\_\_\_\_ days.

**RED ZONE**

**Medical Alert** 

- Very short of breath, or
- Quick-relief medicines have not helped, or
- Cannot do usual activities, or
- Symptoms are same or get worse after 24 hours in Yellow Zone.

**Peak Flow** (for ages 5 and up):  
less than \_\_\_\_\_ (50% of personal best)

**MEDICAL ALERT! Get help!**

- Take quick relief medicine: \_\_\_\_\_ puffs every \_\_\_\_\_ minutes and get help immediately.
- Take \_\_\_\_\_
- Call \_\_\_\_\_

**Danger! Get help immediately! Call 911 if trouble walking or talking due to shortness of breath or if lips or fingernails are gray or blue. For child, call 911 if skin is sucked in around neck and ribs during breaths or child doesn't respond normally.**

**Health Care Provider:** My signature provides authorization for the above written orders. I understand that all procedures will be implemented in accordance with state laws and regulations. Student may self carry asthma medications:  Yes  No self administer asthma medications:  Yes  No (This authorization is for a maximum of one year from signature date.)

Healthcare Provider Signature \_\_\_\_\_

Date \_\_\_\_\_

ORIGINAL (Patient) / CANARY (School/Child Care/Work/Other Support Systems) / PINK (Chart)

This Asthma Plan was developed by a committee facilitated by the Regional Asthma Management and Prevention (RAMP) Initiative, a program of the Public Health Institute. This publication was supported by Cooperative Agreement Number 1U58DP001016-01 from the Centers for Disease Control and Prevention. Its contents are solely the responsibility of the authors and do not necessarily represent the official views of CDC. This plan is based on the recommendations from the National Heart, Lung, and Blood Institute's, "Guidelines for the Diagnosis and Management of Asthma," NIH Publication No. 07-4051 (August 2007). The information contained herein is intended for the use and convenience of physicians and other medical personnel and may not be appropriate for use in all circumstances. Decisions to adopt any particular recommendation must be made by qualified medical personnel in light of available resources and the circumstances presented by individual patients. No entity or individual involved in the funding or development of this plan makes any warranty or guarantee, express or implied, of the quality, fitness, performance or results of use of the information or products described in the plan or the Guidelines.

For additional information, please contact  
**RAMP at (510) 302-3365, <http://www.rampasthma.org>.**

# Plan de tratamiento contra el asma

SPANISH

Patient Name: \_\_\_\_\_

Medical Record #: \_\_\_\_\_

Nombre del proveedor: \_\_\_\_\_

DOB: \_\_\_\_\_

N.º de teléfono del proveedor: \_\_\_\_\_ Completado por: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Medicamentos de control	Cantidad que se debe tomar	Con qué frecuencia se deben tomar	Otras instrucciones
		_____ veces por día <b>TODOS LOS DÍAS</b>	<input type="checkbox"/> Hacerse gárgaras o enjuagarse la boca después de tomar el medicamento
		_____ veces por día <b>TODOS LOS DÍAS</b>	
		_____ veces por día <b>TODOS LOS DÍAS</b>	
		_____ veces por día <b>TODOS LOS DÍAS</b>	
Medicamentos de alivio rápido	Cantidad que se debe tomar	Con qué frecuencia se deben tomar	Otras instrucciones
<input type="checkbox"/> Albuterol (ProAir, Ventolin, Proventil) <input type="checkbox"/> Levalbuterol (Xopenex)	<input type="checkbox"/> 2 inhalaciones <input type="checkbox"/> 4 inhalaciones <input type="checkbox"/> 1 tratamiento con nebulizador	Deben tomarse <b>SÓLO</b> en caso de ser necesario (ver debajo; comenzar en la Zona amarilla o antes de hacer ejercicio)	NOTA: Si necesita tomar este medicamento más de dos días a la semana, llame a su médico para consultar sobre la necesidad de un aumento de dosis para los medicamentos de control, y para conversar sobre su plan de tratamiento.

Instrucciones especiales en caso de que  *Se sienta bien*,  *empeore* o,  *tenga una emergencia médica.*

## Se siente *bien*.

ZONA VERDE

- No tiene tos, resuellos, opresión en el pecho ni dificultad para respirar durante el día o la noche.
- Puede realizar las actividades habituales.



**Capacidad pulmonar máxima** (para personas de 5 años en adelante): es \_\_\_\_\_ o más. (80% o más de su mejor nivel de capacidad pulmonar máxima)

**Su mejor nivel de capacidad pulmonar máxima** (para las personas de 5 años en adelante): \_\_\_\_\_

Debe **PREVENIR** los síntomas del asma todos los días:

- Tome los medicamentos de control (mencionados arriba) todos los días.
- Antes de hacer ejercicio, adminístrese \_\_\_\_\_ dosis de \_\_\_\_\_
- Evite aquello que pueda empeorar el asma. (Ver el reverso del formulario)

## Su estado *empeora*.

ZONA AMARILLA

- Tiene tos, resuellos, opresión en el pecho, dificultad para respirar o
- Se despierta por las noches debido a los síntomas del asma, o
- Puede realizar algunas de sus actividades habituales, pero no todas.



**Capacidad pulmonar máxima** (para personas de 5 años en adelante): \_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_ (50% al 79% de su mejor nivel de capacidad pulmonar máxima)

**PRECAUCIÓN.** Continúe tomando los medicamentos de control todos los días, Y:

- Reciba \_\_\_\_\_ inhalaciones o \_\_\_\_\_ el medicamento de alivio rápido por medio de nebulizador. Si no vuelve a la **Zona verde** en el plazo de 20 o 30 minutos, debe tomar \_\_\_\_\_ inhalaciones o tratamientos con nebulizador más. Si no vuelve a la **Zona verde** en una hora, entonces debe:
- Aumentar \_\_\_\_\_
- Agregar \_\_\_\_\_
- Llamar \_\_\_\_\_
- Continúe usando los medicamentos de alivio rápido cada 4 horas según sea necesario. Llame al proveedor si no mejora en \_\_\_\_\_ días.

## Emergencia médica

ZONA ROJA

- Mucha dificultad para respirar, o
- Los medicamentos de alivio rápido no le han ayudado, o
- No puede realizar las actividades habituales, o
- Los síntomas son los mismos o empeoran después de 24 horas.



**Capacidad pulmonar máxima** (para personas de 5 años en adelante): menos de \_\_\_\_\_ (50% de su mejor nivel de capacidad pulmonar máxima)

**ALERTA MÉDICA ¡Pida ayuda!**

- Tome medicamentos de alivio rápido: \_\_\_\_\_ inhalaciones cada \_\_\_\_\_ minuto y pida ayuda de inmediato.
- Tome \_\_\_\_\_
- Llame \_\_\_\_\_

**Peligro. ¡Pida ayuda de inmediato!** Llame al 911 si tiene problemas para caminar o hablar debido a la dificultad para respirar, o si tiene los labios o las uñas grises o morados. Si se trata de un niño, llame al 911 en caso de que se le hunda la piel de alrededor del cuello y las costillas durante la respiración, o si el niño no responde normalmente.

**Health Care Provider:** My signature provides authorization for the above written orders. I understand that all procedures will be implemented in accordance with state laws and regulations. Student may self carry asthma medications:  Yes  No self administer asthma medications:  Yes  No (This authorization is for a maximum of one year from signature date.)

Healthcare Provider Signature \_\_\_\_\_

Date \_\_\_\_\_

# Cómo controlar los factores que empeoran el asma

## EL CIGARRILLO

- No fume. Asista a clases que lo ayuden a dejar de fumar.
- No permita que otras personas fumen en el hogar o en el automóvil. El olor del cigarrillo que queda puede desencadenar el asma.
- Manténgase alejado de las personas que fumen.
- Si fuma, hágalo afuera.



## POLVO

- Limpie semanalmente con una aspiradora que tenga un filtro de gran rendimiento o con una aspiradora central. Trate de asegurarse de que no haya personas con asma en el hogar mientras está limpiando con la aspiradora.
- Si es posible, quite la alfombra. Humedézcala antes de quitarla y luego seque el piso por completo.
- Limpie los pisos con un estropajo húmedo todas las semanas.
- Lave la ropa de cama y los muñecos de peluche con agua caliente todas las semanas, o cada dos semanas. Coloque los muñecos de peluche que no puedan lavarse en el congelador durante 24 horas.
- Cubra los colchones y las almohadas con cobertores de cierre a prueba de ácaros.
- Arregle el desorden y quite los muñecos de peluche, especialmente alrededor de la cama.
- Cambie con regularidad los filtros del sistema de calefacción.



## PLAGAS

- No deje alimentos ni basura afuera. Guarde los alimentos en envases herméticos.
- Intente utilizar trampas y cebos con veneno, como ácido bórico, para las cucarachas. En lugar de usar aerosoles o bombas, utilice cebos y colóquelos alejados de los niños, como por ejemplo, detrás del refrigerador.
- Bombas, utilice cebos y colóquelos alejados de los niños. Por ejemplo, detrás del refrigerador.
- Repare las goteras en las tuberías, el techo y otras fuentes de entrada de agua.



## MOHO

- Utilice ventiladores o abra las ventanas para que haya ventilación al bañarse o cocinar.
- Limpie el moho de las superficies duras con detergente y agua caliente, y fríegue con un cepillo de cerda dura o una toalla; luego, enjuague bien con agua. Es posible que deba reemplazar los materiales absorbentes que tengan moho.
- Asegúrese de que las personas con asma no se encuentren en la habitación cuando esté limpiando.
- Repare las goteras en las tuberías u otras fuentes de entrada de agua o humedad.

## ANIMALES

- Considere la posibilidad de no tener mascotas. Evite las mascotas que sean lanudas o que tengan plumas.
- No permita que las mascotas ingresen a la habitación de la persona con asma.
- Lave sus manos y las de la persona con asma después de acariciar a los animales.



## OLORES/AEROSOLES

- Evite el uso de productos con aroma intenso, como los desodorantes, perfumes, inciensos para el hogar y productos de lavandería.
- No utilice el horno o las hornallas como métodos de calefacción.
- Al limpiar, la persona con asma debe estar retirada de donde se está limpiando. No utilice productos de limpieza con olor fuerte.
- Evite los productos en aerosol.
- Evite los productos de limpieza fuertes o abrasivos.
- Evite el amoníaco, los blanqueadores y los desinfectantes.



## POLEN Y MOHO EXTERIOR

- Trate de permanecer en espacios cerrados cuando los niveles de polen o moho sean altos.
- Mantenga las ventanas cerradas durante la temporada en que haya presencia de polen.
- Evite el uso de ventiladores; use acondicionadores de aire.



## RESFRÍOS/GRIPE

- Manténgase sano realizando suficiente actividad física y durmiendo lo suficiente.
- Evite tener contacto cercano con personas resfriadas.
- Lávese las manos con frecuencia y evite tocarse la cara con las manos.
- Vacúnese contra la gripe todos los años.

## CLIMA Y CONTAMINACIÓN DEL AIRE

- Si el problema es el aire frío, intente respirar por la nariz en lugar de hacerlo por la boca, y cúbrase con una bufanda.
- Consulte acerca de la calidad del aire durante el día y la noche, y en los días de Spare the Air (Escatimar el aire), evite realizar ejercicios en exceso.
- Permanezca en lugares cerrados con las ventanas cerradas durante los días en que haya mucha contaminación.

## EJERCICIO

- Haga ejercicios de precalentamiento antes de realizar actividad física.
- Planifique alternativas para realizar actividad física en espacios cerrados durante los días en que los niveles de contaminación o de polen sean elevados.
- Tome medicamentos antes de hacer ejercicio si se lo indica el médico. (Consulte Zona verde del Plan de acción contra el asma)

# My Asthma Plan

ENGLISH



Patient Name: \_\_\_\_\_

Medical Record #: \_\_\_\_\_


Provider's Name: \_\_\_\_\_ DOB: \_\_\_\_\_

Provider's Phone #: \_\_\_\_\_ Completed by: \_\_\_\_\_ Date: \_\_\_\_\_

Controller Medicines	How Much to Take	How Often	Other Instructions
		_____ times per day <b>EVERY DAY!</b>	<input type="checkbox"/> Gargle or rinse mouth after use
		_____ times per day <b>EVERY DAY!</b>	
		_____ times per day <b>EVERY DAY!</b>	
		_____ times per day <b>EVERY DAY!</b>	
Quick-Relief Medicines	How Much to Take	How Often	Other Instructions
<input type="checkbox"/> Albuterol (ProAir, Ventolin, Proventil) <input type="checkbox"/> Levalbuterol (Xopenex)	<input type="checkbox"/> 2 puffs <input type="checkbox"/> 4 puffs <input type="checkbox"/> 1 nebulizer treatment	Take <b>ONLY</b> as needed (see below — starting in Yellow Zone or before exercise)	NOTE: If you need this medicine more than two days a week, call physician to consider increasing controller medications and discuss your treatment plan.

Special instructions when I am  *doing well*,  *getting worse*,  *having a medical alert*.

**GREEN ZONE**

**Doing well.** 

- No cough, wheeze, chest tightness, or shortness of breath during the day or night.
- Can do usual activities.


**Peak Flow** (for ages 5 and up): is \_\_\_\_\_ or more. (80% or more of personal best)

**Personal Best Peak Flow** (for ages 5 and up): \_\_\_\_\_

**PREVENT** asthma symptoms every day:

- Take my controller medicines (above) every day.
- Before exercise, take \_\_\_\_\_ puff(s) of \_\_\_\_\_
- Avoid things that make my asthma worse. (See back of form.)

**YELLOW ZONE**

**Getting worse.** 


- Cough, wheeze, chest tightness, shortness of breath, or
- Waking at night due to asthma symptoms, or
- Can do some, but not all, usual activities.

**Peak Flow** (for ages 5 and up): \_\_\_\_\_ to \_\_\_\_\_ (50 to 79% of personal best)

**CAUTION.** Continue taking every day controller medicines, AND:

- Take \_\_\_\_\_ puffs or \_\_\_\_\_ one nebulizer treatment of quick relief medicine. If I am not back in the **Green Zone** within 20-30 minutes take \_\_\_\_\_ more puffs or nebulizer treatments. If I am not back in the **Green Zone** within one hour, then I should:
- Increase \_\_\_\_\_
- Add \_\_\_\_\_
- Call \_\_\_\_\_
- Continue using quick relief medicine every 4 hours as needed. Call provider if not improving in \_\_\_\_\_ days.

**RED ZONE**

**Medical Alert** 

- Very short of breath, or
- Quick-relief medicines have not helped, or
- Cannot do usual activities, or
- Symptoms are same or get worse after 24 hours in Yellow Zone.

**Peak Flow** (for ages 5 and up): less than \_\_\_\_\_ (50% of personal best)

**MEDICAL ALERT! Get help!**

- Take quick relief medicine: \_\_\_\_\_ puffs every \_\_\_\_\_ minutes and get help immediately.
- Take \_\_\_\_\_
- Call \_\_\_\_\_

**Danger! Get help immediately! Call 911 if trouble walking or talking due to shortness of breath or if lips or fingernails are gray or blue. For child, call 911 if skin is sucked in around neck and ribs during breaths or child doesn't respond normally.**

**Health Care Provider:** My signature provides authorization for the above written orders. I understand that all procedures will be implemented in accordance with state laws and regulations. Student may self carry asthma medications:  Yes  No self administer asthma medications:  Yes  No (This authorization is for a maximum of one year from signature date.)

Healthcare Provider Signature \_\_\_\_\_ Date \_\_\_\_\_



**FORMULARIO DE AUTORIZACIÓN ESCOLAR: debe ser completado por el padre, madre o tutor, y debe ser entregado a la escuela.**

**SPANISH**

**AUTORIZACIÓN Y DESCARGO DE RESPONSABILIDAD POR PARTE DEL PADRE, MADRE O TUTOR:** Solicito que los miembros de la escuela ayuden a mi hijo con los medicamentos contra el asma que se detallan en este formulario y con el Plan de acción contra el asma, conforme a lo establecido por las leyes y las reglamentaciones estatales.

**Sí**     **No.**

Mi hijo puede llevar consigo y administrarse a sí mismo los medicamentos contra el asma, y estoy de acuerdo en eximir al distrito y al personal escolar de toda reclamación de responsabilidad en el caso de que mi hijo sufriera alguna reacción adversa por autoadministrarse los medicamentos contra el asma:

**Sí**     **No.**

\_\_\_\_\_  
Firma del padre, madre o tutor

\_\_\_\_\_  
Fecha

**AUTORIZACIÓN PARA UTILIZAR O DIVULGAR LA INFORMACIÓN DE SALUD A LOS DISTRITOS ESCOLARES**

Al completar este documento, usted autoriza la divulgación o el uso de la información de salud que identifica al alumno, conforme a lo establecido a continuación y en cumplimiento de las leyes federales (inclusive la HIPAA) establecidas para proteger la privacidad de dicha información. Si no proporciona toda la información requerida, es posible que esta autorización se anule.

**USO Y DIVULGACIÓN DE LA INFORMACIÓN:**

Nombre del paciente/alumno: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_  
Apellido                      Nombre                      Inicial del segundo nombre                      Fecha de nacimiento

Yo, quien suscribe, autorizo por medio del presente documento a (nombre de la agencia o proveedores de atención médica):

(1) \_\_\_\_\_ (2) \_\_\_\_\_ a proporcionar información sobre la salud del niño mencionado que se encuentra en su registro médico a y desde:

\_\_\_\_\_  
La escuela o el distrito escolar al que se divulgue la información

\_\_\_\_\_  
Dirección/Ciudad y estado/Código postal

\_\_\_\_\_  
Persona de contacto en la escuela o el distrito escolar

\_\_\_\_\_  
Código de área y número de teléfono

La divulgación de la información sobre la salud se requiere por el siguiente motivo:

\_\_\_\_\_  
La información requerida se limitará a lo siguiente:

Toda la información sobre la salud; o     Información específica sobre la enfermedad, como se describe:

**DURACIÓN:**

Esta autorización entrará en vigencia de inmediato y permanecerá en vigencia hasta \_\_\_\_\_ (escriba la fecha) o por un año a partir de la fecha en que se firmó, si no se indicó ninguna fecha.

**RESTRICCIONES:**

Las leyes prohíben que el Solicitante haga otro tipo de divulgación de la información sobre mi salud, a menos que el Solicitante obtenga otro formulario de autorización firmado por mí, o a menos que dicha divulgación sea requerida o permitida específicamente por las leyes.

**SUS DERECHOS:**

Entiendo que tengo los siguientes derechos con respecto a esta autorización: Puedo revocar esta autorización en cualquier momento. Mi revocación debe ser por escrito, debe incluir mi firma o ser efectuada en mi nombre y debe ser entregada a las agencias de atención médica o a las personas detalladas anteriormente. Mi revocación entrará en vigencia a partir del momento en que se la reciba, pero no se hará efectiva en la medida en que el Solicitante u otras personas hayan actuado según lo dispuesto en esta autorización.

**DIVULGACIONES POSTERIORES:**

Entiendo que el Solicitante (distrito escolar) protegerá esta información según lo establecido por la Ley para la Protección de la Igualdad de los Derechos de las Familias (Family Equal Rights Protection Act, FERPA) y que dicha información formará parte del historial educativo del alumno. La información se compartirá con las personas que trabajen en el distrito escolar o junto con éste, con el propósito de ofrecer entornos educativos y servicios y programas de salud escolar seguros, adecuados y con limitaciones mínimas.

Tengo derecho a recibir una copia de esta autorización. Posiblemente se requiera que firme esta autorización para que este alumno obtenga los servicios adecuados en el entorno educativo.

**APROBACIÓN:**

\_\_\_\_\_  
Nombre en letra de imprenta

\_\_\_\_\_  
Firma

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Relación con el paciente o alumno

\_\_\_\_\_  
Código de área y número de teléfono