



ORCHARD VALLEY MIDDLE SCHOOL
OFICINA DE ENFERMERA ESCOLAR
MICHELINA TENUTO, BSN, CPN, CSN
(856) 582-5353 ext. 5631
Email: mtenuto@wtps.org



Consejos sobre formas deportivas

Estimado Padre / Tutor,

Para garantizar los resultados de aprobación más rápidos por parte del médico del distrito, siga estos útiles consejos antes de enviar su documentación física deportiva. Por favor asegúrese de que:

- o Se completa un Cuestionario de actualización del historial médico (HHQ) **si la fecha del examen físico es más de 90 días antes del inicio del deporte, las pruebas o las prácticas.** Si marcó “sí” para CoVid+, agregue la fecha en que su hijo dio positivo. Si su hijo dio positivo en CoVid DESPUÉS de la fecha del examen físico, necesitará una nota de autorización para volver a practicar deportes.
- o Cualquier nuevo problema de salud identificado en el HHQ tiene una carta de autorización de su médico, especialmente lesiones ortopédicas/musculares, conmoción cerebral o problemas cardíacos.
- o Si su hijo tiene asma/anafilaxis, se adjunta un plan de acción para el asma/alergia.
- o **Usted y su hijo** han leído y firmado la hoja informativa sobre muerte cardíaca súbita.

*** Recuerde que los exámenes físicos son válidos exactamente por un año calendario (365 días) a partir **de la fecha del examen.**

Plazos físicos deportivos

Otoño – 15 de junio

Invierno – 1 de noviembre

Primavera – 1 de febrero

Tenga en cuenta que hay un tiempo de respuesta de 10 a 14 días para las aprobaciones. A ningún atleta se le permitirá participar/probar hasta que TODA la documentación haya sido completada, enviada a la enfermera de la escuela y aprobada por el médico del distrito. No se garantiza la aprobación para participar si los documentos se reciben después de estas fechas.

Estos documentos deben ser minuciosos y completos para que el médico del distrito apruebe la participación de su hijo en deportes. La enfermera de la escuela no puede hacer adiciones o cambios a estos documentos. Los formularios incompletos se devolverán a casa y retrasarán la capacidad de su hijo para participar en el deporte que desea.

CONSEJO ÚTIL: Puede devolverme los documentos por correo electrónico (preferido) o su hijo puede devolvérmelos en la Oficina de Salud. Si decide enviarlo con su hijo, le recomiendo que conserve una copia de los documentos completos en caso de que se extravíen o se pierdan.

Saludos cordiales,

Michelina Tenuto, RN

This form should be maintained by the healthcare provider completing the physical exam (medical home). It should not be shared with schools. The Medical Eligibility Form is the only form that should be submitted to a school. The physical exam must be completed by a healthcare provider who is a licensed physician, advanced practice nurse or physician assistant who has completed the Student - Athlete Cardiac Assessment Professional Development module hosted by the New Jersey Department of Education.

EVALUACIÓN FÍSICA PREVIA A LA PARTICIPACIÓN (orientación provisional) FORMULARIO DE HISTORIAL CLÍNICO

Nota: Complete y firme este formulario (con la supervisión de sus padres si es menor de 18 años) antes de acudir a su cita.

Nombre: _____ Fecha de nacimiento: _____

Fecha del examen médico: _____ Deporte(s): _____

Sexo que se le asignó al nacer (F, M o intersexual): _____ ¿Con cuál género se identifica? (F, M u otro): _____

¿Ha tenido COVID-19? (elija una opción) Sí No

¿Ha recibido la vacuna contra el COVID-19? (elija una opción): Sí No Si la respuesta es sí, usted recibió: Una dosis Dos dosis
 Tres dosis Fecha de la dosis de refuerzo _____

Mencione los padecimientos médicos pasados y actuales que haya tenido. _____

¿Alguna vez se le practicó una cirugía? Si la respuesta es afirmativa, haga una lista de todas sus cirugías previas. _____

Medicamentos y suplementos: Enumere todos los medicamentos recetados, medicamentos de venta libre y suplementos (herbolarios y nutricionales) que consume. _____

¿Sufre de algún tipo de alergia? Si la respuesta es afirmativa, haga una lista de todas sus alergias (por ejemplo, a algún medicamento, al polen, a los alimentos, a las picaduras de insectos).

Cuestionario sobre la salud del paciente versión 4 (PHQ-4)

Durante las últimas dos semanas, ¿con qué frecuencia experimentó alguno de los siguientes problemas de salud? (Encierre en un círculo la respuesta)

	Ningún día	Varios días	Más de la mitad de los días	Casi todos los días
Se siente nervioso, ansioso o inquieto	0	1	2	3
No es capaz de detener o controlar la preocupación	0	1	2	3
Siente poco interés o satisfacción por hacer cosas	0	1	2	3
Se siente triste, deprimido o desesperado	0	1	2	3

(Una suma ≥ 3 se considera positiva en cualquiera de las subescalas, [preguntas 1 y 2 o preguntas 3 y 4] a fin de obtener un diagnóstico).

PREGUNTAS GENERALES

(Dé una explicación para las preguntas en las que contestó "Sí", en la parte final de este formulario. Encierre en un círculo las preguntas si no sabe la respuesta).

Sí No

- ¿Tiene alguna preocupación que le gustaría discutir con su proveedor de servicios médicos?
- ¿Alguna vez un proveedor de servicios médicos le prohibió o restringió practicar deportes por algún motivo?
- ¿Padece algún problema médico o enfermedad reciente?

PREGUNTAS SOBRE SU SALUD CARDIOVASCULAR

Sí No

- ¿Alguna vez se desmayó o estuvo a punto de desmayarse mientras hacía, o después de hacer, ejercicio?

PREGUNTAS SOBRE SU SALUD CARDIOVASCULAR (CONTINUACIÓN)

Si No

- ¿Alguna vez sintió molestias, dolor, compresión o presión en el pecho mientras hacía ejercicio?
- ¿Alguna vez sintió que su corazón se aceleraba, palpitaba en su pecho o latía intermitentemente (con latidos irregulares) mientras hacía ejercicio?
- ¿Alguna vez un médico le dijo que tiene problemas cardíacos?
- ¿Alguna vez un médico le pidió que se hiciera un examen del corazón? Por ejemplo, electrocardiografía (ECG) o ecocardiografía.
- Cuando hace ejercicio, ¿se siente mareado o siente que le falta el aire más que a sus amigos?
- ¿Alguna vez tuvo convulsiones?

PREGUNTAS SOBRE LA SALUD CARDIOVASCULAR DE SU FAMILIA		No está seguro/a	Sí	No	PREGUNTAS SOBRE CONDICIONES MÉDICAS (CONTINUACIÓN)		Sí	No
11.	¿Alguno de los miembros de su familia o pariente murió debido a problemas cardíacos o tuvo una muerte súbita e inesperada o inexplicable antes de los 35 años de edad (incluyendo muerte por ahogamiento o un accidente automovilístico inexplicables)?				20.	¿Alguna vez sufrió un traumatismo craneoencefálico o una lesión en la cabeza que le causó confusión, un dolor de cabeza prolongado o problemas de memoria?		
12.	¿Alguno de los miembros de su familia padece un problema cardíaco genético como la miocardiopatía hipertrófica (HCM), el síndrome de Marfan, la miocardiopatía arritmogénica del ventrículo derecho (ARVC), el síndrome del QT largo (LQTS), el síndrome del QT corto (SQTS), el síndrome de Brugada o la taquicardia ventricular polimórfica catecolaminérgica (CPVT)?				21.	¿Alguna vez sintió adormecimiento, hormigueo, debilidad en los brazos o piernas, o fue incapaz de mover los brazos o las piernas después de sufrir un golpe o una caída?		
13.	¿Alguno de los miembros de su familia utilizó un marcapasos o se le implantó un desfibrilador antes de los 35 años?				22.	¿Alguna vez se enfermó al realizar ejercicio cuando hacía calor?		
PREGUNTAS SOBRE LOS HUESOS Y LAS ARTICULACIONES		Sí	No		23.	¿Usted o algún miembro de su familia tienen el rasgo o la enfermedad de las células falciformes?	No está seguro/a	
14.	¿Alguna vez sufrió una fractura por estrés o una lesión en un hueso, músculo, ligamento, articulación o tendón que le hizo faltar a una práctica o juego?				24.	¿Alguna vez tuvo o tiene algún problema con sus ojos o su visión?		
15.	¿Sufre alguna lesión ósea, muscular, de los ligamentos o de las articulaciones que le causa molestia?				25.	¿Le preocupa su peso?		
PREGUNTAS SOBRE CONDICIONES MÉDICAS		Sí	No		26.	¿Está tratando de bajar o subir de peso, o alguien le recomendó que baje o suba de peso?		
16.	¿Tose, sibila o experimenta alguna dificultad para respirar durante o después de hacer ejercicio?				27.	¿Sigue alguna dieta especial o evita ciertos tipos o grupos de alimentos?		
17.	¿Le falta un riñón, un ojo, un testículo (en el caso de los hombres), el bazo o cualquier otro órgano?				28.	¿Alguna vez sufrió un desorden alimenticio?		
18.	¿Sufre dolor en la ingle o en los testículos, o tiene alguna protuberancia o hernia dolorosa en la zona inguinal?				PREGUNTAS SOBRE EL PERÍODO MENSTRUAL		N/A	Sí
19.	¿Padece erupciones cutáneas recurrentes o que aparecen y desaparecen, incluyendo el herpes o Staphylococcus aureus resistente a la meticilina (MRSA)?				29.	¿Ha tenido al menos un periodo menstrual?		
					30.	¿A los cuántos años tuvo su primer periodo menstrual?		
					31.	¿Cuándo fue su periodo menstrual más reciente?		
					32.	¿Cuántos periodos menstruales ha tenido en los últimos 12 meses?		

Proporcione una explicación aquí para las preguntas en las que contestó "Sí".

Por la presente declaro que, según mis conocimientos, mis respuestas a las preguntas de este formulario están completas y son correctas.

Firma del atleta: _____

Firma del padre o tutor: _____

Fecha: _____

Cuestionario de actualización del historial médico del Departamento de Educación de Nueva Jersey

Nombre de Escuela: _____

Para participar en un equipo o escuadrón atlético interescolar o intramuros patrocinado por la escuela, cada estudiante cuyo examen físico se completó más de 90 días antes del primer día de práctica oficial deberá proporcionar un cuestionario de actualización del historial médico completado y firmado por el padre o tutor del estudiante.

Estudiante: _____ Edad: _____ Grado: _____

Fecha del último examen físico: _____ Deporte: _____

Desde el último examen físico previo a la participación, ¿su hijo / a:

1. ¿Se le ha recomendado médicalemente que no participe en un deporte? Si No

En caso afirmativo, describa en detalle:

2. ¿Ha sufrido una commoción cerebral, ha estado inconsciente o ha perdido la memoria por un golpe en la cabeza? Si No

En caso afirmativo, explique en detalle:

3. ¿Se ha roto un hueso o se ha torcido / dislocado / dislocado algún músculo o articulación?

Si No

En caso afirmativo, describa en detalle:

4. ¿Desmayado? Si No

¿En caso afirmativo, fue durante o inmediatamente después del ejercicio?

5. ¿Dolor en el pecho, dificultad respiratoria o "corazón acelerado?" Sí No
En caso afirmativo, describa:

6. ¿Ha habido antecedentes recientes de fatiga y cansancio inusual? Sí No

7. ¿Ha sido hospitalizado o ha tenido que ir a urgencias?
Si es sí, explíquelo en detalle:

8. Desde el último examen físico, ¿ha habido una muerte súbita en la familia o algún miembro de la familia menor de 50 años ha tenido un ataque cardíaco o "problemas cardíacos"? Sí No

9. ¿Comenzó o dejó de tomar algún medicamento recetado o de venta libre? Sí No

10. ¿Le han diagnosticado Coronavirus (COVID-19)? Sí No

Si se le diagnosticó Coronavirus (COVID-19), ¿su hijo/a tuvo síntomas? Sí No

Si le diagnosticaron Coronavirus (COVID-19), ¿fue hospitalizado su hijo/a? Sí No

Fecha: _____ Firma del padre / tutor: _____

Devuelva el formulario completo a la enfermería de la escuela.

This form should be maintained by the healthcare provider completing the physical exam (medical home). It should not be shared with schools. The medical eligibility form is the only form that should be submitted to a school. The physical exam must be completed by a healthcare provider who is a licensed physician, advanced practice nurse or physician assistant who has completed the Student - Athlete Cardiac Assessment Professional Development module Hosted by the New Jersey Department of Education.

■ PREPARTICIPATION PHYSICAL EVALUATION (Interim Guidance) PHYSICAL EXAMINATION FORM

Name: _____ Date of birth: _____

PHYSICIAN REMINDERS

1. Consider additional questions on more-sensitive issues.
 - Do you feel stressed out or under a lot of pressure?
 - Do you ever feel sad, hopeless, depressed, or anxious?
 - Do you feel safe at your home or residence?
 - Have you ever tried cigarettes, e-cigarettes, chewing tobacco, snuff, or dip?
 - During the past 30 days, did you use chewing tobacco, snuff, or dip?
 - Do you drink alcohol or use any other drugs?
 - Have you ever taken anabolic steroids or used any other performance-enhancing supplement?
 - Have you ever taken any supplements to help you gain or lose weight or improve your performance?
 - Do you wear a seat belt, use a helmet, and use condoms?
2. Consider reviewing questions on cardiovascular symptoms (Q4–Q13 of History Form).

EXAMINATION		
Height:	Weight:	
BP: / (/)	Pulse: Vision: R 20/ L 20/	Corrected: <input type="checkbox"/> Y <input type="checkbox"/> N
COVID-19 VACCINE		
Previously received COVID-19 vaccine: <input type="checkbox"/> Y <input type="checkbox"/> N		
Administered COVID-19 vaccine at this visit: <input type="checkbox"/> Y <input type="checkbox"/> N If yes: <input type="checkbox"/> First dose <input type="checkbox"/> Second dose <input type="checkbox"/> Third dose <input type="checkbox"/> Booster date(s) _____		
MEDICAL	NORMAL	ABNORMAL FINDINGS
Appearance		
• Marfan stigmata (kyphoscoliosis, high-arched palate, pectus excavatum, arachnodactyl, hyperlaxity, myopia, mitral valve prolapse [MVP], and aortic insufficiency)		
Eyes, ears, nose, and throat		
• Pupils equal		
• Hearing		
Lymph nodes		
Heart*		
• Murmurs (auscultation standing, auscultation supine, and ± Valsalva maneuver)		
Lungs		
Abdomen		
Skin		
• Herpes simplex virus (HSV), lesions suggestive of methicillin-resistant <i>Staphylococcus aureus</i> (MRSA), or tinea corporis		
Neurological		
MUSCULOSKELETAL	NORMAL	ABNORMAL FINDINGS
Neck		
Back		
Shoulder and arm		
Elbow and forearm		
Wrist, hand, and fingers		
Hip and thigh		
Knee		
Leg and ankle		
Foot and toes		
Functional		
• Double-leg squat test, single-leg squat test, and box drop or step drop test		

* Consider electrocardiography (ECG), echocardiography, referral to a cardiologist for abnormal cardiac history or examination findings, or a combination of those.

Name of health care professional (print or type): _____ Date: _____

Address: _____ Phone: _____

Signature of health care professional: _____, MD, DO, NP, or PA

This form should be maintained by the healthcare provider completing the physical exam (medical home). It should not be shared with schools. The Medical Eligibility Form is the only form that should be submitted to a school.

■ PREPARTICIPATION PHYSICAL EVALUATION

ATHLETES WITH DISABILITIES FORM: SUPPLEMENT TO THE ATHLETE HISTORY

Name: _____ Date of birth: _____

1. Type of disability:	Yes	No
2. Date of disability:		
3. Classification (if available):		
4. Cause of disability (birth, disease, injury, or other):		
5. List the sports you are playing:		
6. Do you regularly use a brace, an assistive device, or a prosthetic device for daily activities?		
7. Do you use any special brace or assistive device for sports?		
8. Do you have any rashes, pressure sores, or other skin problems?		
9. Do you have a hearing loss? Do you use a hearing aid?		
10. Do you have a visual impairment?		
11. Do you use any special devices for bowel or bladder function?		
12. Do you have burning or discomfort when urinating?		
13. Have you had autonomic dysreflexia?		
14. Have you ever been diagnosed as having a heat-related (hyperthermia) or cold-related (hypothermia) illness?		
15. Do you have muscle spasticity?		
16. Do you have frequent seizures that cannot be controlled by medication?		

Explain "Yes" answers here.

Please indicate whether you have ever had any of the following conditions:

Atlantoaxial instability	Yes	No
Radiographic (x-ray) evaluation for atlantoaxial instability		
Dislocated joints (more than one)		
Easy bleeding		
Enlarged spleen		
Hepatitis		
Osteopenia or osteoporosis		
Difficulty controlling bowel		
Difficulty controlling bladder		
Numbness or tingling in arms or hands		
Numbness or tingling in legs or feet		
Weakness in arms or hands		
Weakness in legs or feet		
Recent change in coordination		
Recent change in ability to walk		
Spina bifida		
Latex allergy		

Explain "Yes" answers here.

I hereby state that, to the best of my knowledge, my answers to the questions on this form are complete and correct.

Signature of athlete: _____

Signature of parent or guardian: _____

Date: _____

Asthma Treatment Plan – Student

(This asthma action plan meets NJ Law N.J.S.A. 18A:40-12.8) **(Physician's Orders)**



Pediatric/Adult Asthma Coalition



(Please Print)

Name _____	Date of Birth _____	Effective Date _____
Doctor _____	Parent/Guardian (if applicable) _____	Emergency Contact _____
Phone _____	Phone _____	Phone _____

HEALTHY (Green Zone)



You have **all** of these:

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

And/or Peak flow above _____

Take daily control medicine(s). Some inhalers may be more effective with a "spacer" – use if directed.

MEDICINE	HOW MUCH to take and HOW OFTEN to take it
<input type="checkbox"/> Advair® HFA <input type="checkbox"/> 45, <input type="checkbox"/> 115, <input type="checkbox"/> 230 _____	2 puffs twice a day
<input type="checkbox"/> Aerospan™ _____	<input type="checkbox"/> 1, <input type="checkbox"/> 2 puffs twice a day
<input type="checkbox"/> Alvesco® <input type="checkbox"/> 80, <input type="checkbox"/> 160 _____	<input type="checkbox"/> 1, <input type="checkbox"/> 2 puffs twice a day
<input type="checkbox"/> Dulera® <input type="checkbox"/> 100, <input type="checkbox"/> 200 _____	2 puffs twice a day
<input type="checkbox"/> Flovent® <input type="checkbox"/> 44, <input type="checkbox"/> 110, <input type="checkbox"/> 220 _____	2 puffs twice a day
<input type="checkbox"/> Qvar® <input type="checkbox"/> 40, <input type="checkbox"/> 80 _____	<input type="checkbox"/> 1, <input type="checkbox"/> 2 puffs twice a day
<input type="checkbox"/> Symbicort® <input type="checkbox"/> 80, <input type="checkbox"/> 160 _____	<input type="checkbox"/> 1, <input type="checkbox"/> 2 puffs twice a day
<input type="checkbox"/> Advair Diskus® <input type="checkbox"/> 100, <input type="checkbox"/> 250, <input type="checkbox"/> 500 _____	1 inhalation twice a day
<input type="checkbox"/> Asmanex® Twisthaler® <input type="checkbox"/> 110, <input type="checkbox"/> 220 _____	<input type="checkbox"/> 1, <input type="checkbox"/> 2 inhalations <input type="checkbox"/> once or <input type="checkbox"/> twice a day
<input type="checkbox"/> Flovent® Diskus® <input type="checkbox"/> 50 <input type="checkbox"/> 100 <input type="checkbox"/> 250 _____	1 inhalation twice a day
<input type="checkbox"/> Pulmicort Flexhaler® <input type="checkbox"/> 90, <input type="checkbox"/> 180 _____	<input type="checkbox"/> 1, <input type="checkbox"/> 2 inhalations <input type="checkbox"/> once or <input type="checkbox"/> twice a day
<input type="checkbox"/> Pulmicort Respules® (Budesonide) <input type="checkbox"/> 0.25, <input type="checkbox"/> 0.5, <input type="checkbox"/> 1.0 _____	<input type="checkbox"/> 1 unit nebulized <input type="checkbox"/> once or <input type="checkbox"/> twice a day
<input type="checkbox"/> Singulair® (Montelukast) <input type="checkbox"/> 4, <input type="checkbox"/> 5, <input type="checkbox"/> 10 mg _____	1 tablet daily
<input type="checkbox"/> Other _____	
<input type="checkbox"/> None _____	

If exercise triggers your asthma, take _____ puff(s) _____ minutes before exercise.

CAUTION (Yellow Zone)



You have **any** of these:

- Cough
- Mild wheeze
- Tight chest
- Coughing at night
- Other: _____

If quick-relief medicine does not help within 15-20 minutes or has been used more than 2 times and symptoms persist, call your doctor or go to the emergency room.

And/or Peak flow from _____ to _____

Continue daily control medicine(s) and ADD quick-relief medicine(s).

MEDICINE	HOW MUCH to take and HOW OFTEN to take it
<input type="checkbox"/> Albuterol MDI (Pro-air® or Proventil® or Ventolin®) _____	2 puffs every 4 hours as needed
<input type="checkbox"/> Xopenex® _____	2 puffs every 4 hours as needed
<input type="checkbox"/> Albuterol <input type="checkbox"/> 1.25, <input type="checkbox"/> 2.5 mg _____	1 unit nebulized every 4 hours as needed
<input type="checkbox"/> Duoneb® _____	1 unit nebulized every 4 hours as needed
<input type="checkbox"/> Xopenex® (Levalbuterol) <input type="checkbox"/> 0.31, <input type="checkbox"/> 0.63, <input type="checkbox"/> 1.25 mg _____	1 unit nebulized every 4 hours as needed
<input type="checkbox"/> Combivent Respimat® _____	1 inhalation 4 times a day
<input type="checkbox"/> Increase the dose of, or add: _____	
<input type="checkbox"/> Other _____	

• If quick-relief medicine is needed more than 2 times a week, except before exercise, then call your doctor.

EMERGENCY (Red Zone)



Your asthma is getting worse fast:

- Quick-relief medicine did not help within 15-20 minutes
- Breathing is hard or fast
- Nose opens wide • Ribs show
- Trouble walking and talking
- Lips blue • Fingernails blue
- Other: _____

And/or Peak flow below _____

Take these medicines NOW and CALL 911. Asthma can be a life-threatening illness. Do not wait!

MEDICINE	HOW MUCH to take and HOW OFTEN to take it
<input type="checkbox"/> Albuterol MDI (Pro-air® or Proventil® or Ventolin®) _____	4 puffs every 20 minutes
<input type="checkbox"/> Xopenex® _____	4 puffs every 20 minutes
<input type="checkbox"/> Albuterol <input type="checkbox"/> 1.25, <input type="checkbox"/> 2.5 mg _____	1 unit nebulized every 20 minutes
<input type="checkbox"/> Duoneb® _____	1 unit nebulized every 20 minutes
<input type="checkbox"/> Xopenex® (Levalbuterol) <input type="checkbox"/> 0.31, <input type="checkbox"/> 0.63, <input type="checkbox"/> 1.25 mg _____	1 unit nebulized every 20 minutes
<input type="checkbox"/> Combivent Respimat® _____	1 inhalation 4 times a day
<input type="checkbox"/> Other _____	

Triggers

Check all items that trigger patient's asthma:

- Colds/flu
- Exercise
- Allergens
 - Dust Mites, dust, stuffed animals, carpet
 - Pollen - trees, grass, weeds
 - Mold
 - Pets - animal dander
 - Pests - rodents, cockroaches
- Odors (Irritants)
 - Cigarette smoke & second hand smoke
 - Perfumes, cleaning products, scented products
 - Smoke from burning wood, inside or outside
- Weather
 - Sudden temperature change
 - Extreme weather - hot and cold
 - Ozone alert days
- Foods:
 - _____
 - _____
 - _____
- Other:
 - _____
 - _____
 - _____

This asthma treatment plan is meant to assist, not replace, the clinical decision-making required to meet individual patient needs.

Permission to Self-administer Medication:

- This student is capable and has been instructed in the proper method of self-administering of the non-nebulized inhaled medications named above in accordance with NJ Law.
- This student is not approved to self-medicate.

PHYSICIAN/APN/PA SIGNATURE _____ DATE _____ Physician's Orders

PARENT/GUARDIAN SIGNATURE _____

PHYSICIAN STAMP _____

REVISED MAY 2017

Permission to reproduce blank form • www.paonj.org

Make a copy for parent and for physician file, send original to school nurse or child care provider.

Asthma Treatment Plan – Student Parent Instructions

The **PACNJ Asthma Treatment Plan** is designed to help everyone understand the steps necessary for the individual student to achieve the goal of controlled asthma.



1. Parents/Guardians: Before taking this form to your Health Care Provider, complete the top left section with:

- Child's name
- Child's doctor's name & phone number
- Child's date of birth
- An Emergency Contact person's name & phone number
- Parent/Guardian's name & phone number

2. Your Health Care Provider will complete the following areas:

- The effective date of this plan
- The medicine information for the Healthy, Caution and Emergency sections
- Your Health Care Provider will check the box next to the medication and check how much and how often to take it
- Your Health Care Provider may check "OTHER" and:
 - ❖ Write in asthma medications not listed on the form
 - ❖ Write in additional medications that will control your asthma
 - ❖ Write in generic medications in place of the name brand on the form
- Together you and your Health Care Provider will decide what asthma treatment is best for your child to follow

3. Parents/Guardians & Health Care Providers together will discuss and then complete the following areas:

- Child's peak flow range in the Healthy, Caution and Emergency sections on the left side of the form
- Child's asthma triggers on the right side of the form
- Permission to Self-administer Medication section at the bottom of the form: Discuss your child's ability to self-administer the inhaled medications, check the appropriate box, and then both you and your Health Care Provider must sign and date the form

4. Parents/Guardians: After completing the form with your Health Care Provider:

- Make copies of the Asthma Treatment Plan and give the signed original to your child's school nurse or child care provider
- Keep a copy easily available at home to help manage your child's asthma
- Give copies of the Asthma Treatment Plan to everyone who provides care for your child, for example: babysitters, before/after school program staff, coaches, scout leaders

PARENT AUTHORIZATION

I hereby give permission for my child to receive medication at school as prescribed in the Asthma Treatment Plan. Medication must be provided in its original prescription container properly labeled by a pharmacist or physician. I also give permission for the release and exchange of information between the school nurse and my child's health care provider concerning my child's health and medications. In addition, I understand that this information will be shared with school staff on a need to know basis.

Parent/Guardian Signature

Phone

Date

FILL OUT THE SECTION BELOW ONLY IF YOUR HEALTH CARE PROVIDER CHECKED PERMISSION FOR YOUR CHILD TO SELF-ADMINISTER ASTHMA MEDICATION ON THE FRONT OF THIS FORM.

RECOMMENDATIONS ARE EFFECTIVE FOR ONE (1) SCHOOL YEAR ONLY AND MUST BE RENEWED ANNUALLY

I do request that my child be **ALLOWED** to carry the following medication _____ for self-administration in school pursuant to N.J.A.C.:6A:16-2.3. I give permission for my child to self-administer medication, as prescribed in this Asthma Treatment Plan for the current school year as I consider him/her to be responsible and capable of transporting, storing and self-administration of the medication. Medication must be kept in its original prescription container. I understand that the school district, agents and its employees shall incur no liability as a result of any condition or injury arising from the self-administration by the student of the medication prescribed on this form. I indemnify and hold harmless the School District, its agents and employees against any claims arising out of self-administration or lack of administration of this medication by the student.

I DO NOT request that my child self-administer his/her asthma medication.

Parent/Guardian Signature

Phone

Date



Pediatric/Adult Asthma Coalition

Disclaimers: The use of this Web-to-PACNJ Asthma Treatment Plan and its content is at your own risk. The content is provided on an "as is" basis. The American Lung Association or the Mid-Atlantic (ALAM-A), the Pediatric/Adult Asthma Coalition of New Jersey and all affiliates disclaim all warranties, express or implied, statutory or otherwise, including but not limited to the implied warranties of merchantability, non-infringement or third parties' rights, and disclaimer will be unenforceable or invalid free on any defects can be corrected. In no event shall ALAM-A be liable for any damages (including, without limitation, incidental and consequential damages, personal injury, and death, lost profits, or damages resulting from the use or inability to use the content of this Asthma Treatment Plan whether based on warranty, contract, tort or any other legal theory, and whether or not ALAM-A was advised of the possibility of such damages). ALAM-A and its affiliates are not liable for any claim, whatsoever, caused by your use, or misuse of the Asthma Treatment Plan, nor at the website.

Sponsored by



IN NEW JERSEY

Preparticipation Physical Evaluation Medical Eligibility Form

The Medical Eligibility Form is the only form that should be submitted to school. It should be kept on file with the student's school health record.

Student Athlete's Name _____ Date of Birth _____

Date of Exam _____

- Medically eligible for all sports without restriction
- Medically eligible for all sports without restriction with recommendations for further evaluation or treatment of
- Medically eligible for certain sports
- Not medically eligible pending further evaluation
- Not medically eligible for any sports

Recommendations: _____

I have reviewed the history form and examined the student named on this form and completed the preparticipation physical evaluation. The athlete does not have apparent clinical contraindications to practice and can participate in the sport(s) as outlined on this form. A copy of the physical examination findings- are on record in my office and can be made available to the school at the request of the parents. If conditions arise after the athlete has been cleared for participation, the physician may rescind the medical eligibility until the problem is resolved and the potential consequences are completely explained to the athlete (and parents or guardians).

Signature of physician, APN, PA _____

Office stamp (optional)

Address: _____

Name of healthcare professional (print) _____

I certify I have completed the Cardiac Assessment Professional Development Module developed by the New Jersey Department of Education.

Signature of healthcare provider _____

Shared Health Information

Allergies _____

Medications:

Other information: _____

Emergency Contacts: _____

© 2019 American Academy of Family Physicians, American Academy of Pediatrics, American College of Sports Medicine, American Medical Society for Sports Medicine, American Orthopaedic Society for Sports Medicine, and American Osteopathic Academy of Sports Medicine. Permission is granted to reprint for noncommercial, educational purposes with acknowledgment.

*This form has been modified to meet the statutes set forth by New Jersey.

Recursos en la Página Web

- Sudden Death in Athletes
<http://tinyurl.com/m2gjmrvq>

- Hypertrophic Cardiomyopathy Association
www.4hcm.org

- American Heart Association www.heart.org

Agencias Colaboradoras:

American Academy of Pediatrics

New Jersey Chapter

3836 Quakerbridge Road, Suite 108

Hamilton, NJ 08619

(p) 609-842-0014

(f) 609-842-0015

www.aapnj.org

American Heart Association

1 Union Street, Suite 301

Robbinsville, NJ, 08691

(p) 609-208-0020



Departamento de Educación de Nueva Jersey
PO Box 500
Trenton, NJ 08625-0500
(p) 609-292-5935
www.state.nj.us/education/

Departamento de Salud de Nueva Jersey
P. O. Box 360
Trenton, NJ 08625-0360
(p) 609-292-7837
www.state.nj.us/health



American Academy of Pediatrics



La muerte cardiaca súbita es más

común: en varones que en mujeres; en fútbol y baloncesto que en cualquier otro deporte; y en afroamericanos más que en otras razas o grupos étnicos.

Revisado 2014: Nancy Curry, EdM;
Christene DeWitt-Parker, MSN, CSN, RN;
Lakota Kruse, MD, MPH; Susan Martz, EdM;
Stephen G. Rice, MD; Jeffrey Rosenberg, MD;
Louis Teichholz, MD; Perry Weinstock, MD

MUERTE CARDIÁCA SÚBITA EN ATLETAS JÓVENES

MUERTE CARDIÁCA SÚBITA

SÚBITA EN ATLETAS JÓVENES

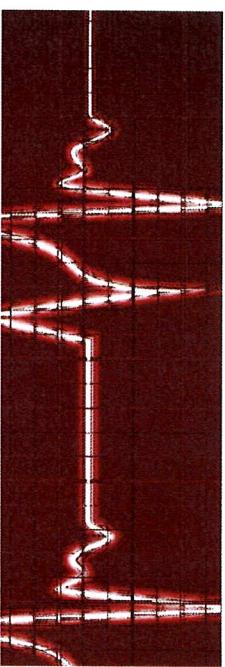
La muerte súbita en atletas jóvenes es muy rara. ¿Qué, si acaso, se puede hacer para prevenir este tipo de tragedia?

¿Qué es la muerte cardiaca súbita en el atleta joven?

La muerte cardiaca súbita es el resultado del fallo inesperado de la función apropiada del corazón, usualmente (alrededor de 60% de las veces) durante o inmediatamente después de hacer ejercicio sin trauma. Ya que el corazón cesa de bombear adecuadamente, el atleta se desploma rápidamente, pierde el conocimiento, y por último muere a menos que se restaure el ritmo normal del corazón usando un desfibrilador externo automático (AED, siglas en inglés).

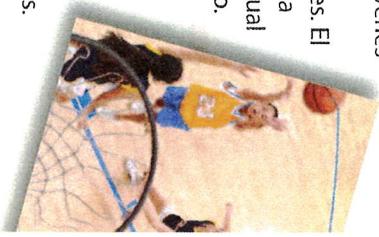
¿Qué tan común es la muerte súbita en atletas jóvenes?

La muerte cardiaca súbita en atletas jóvenes es muy rara. En los Estados Unidos se reportan alrededor de 100 muertes tales. El chance de que la muerte súbita ocurra a un atleta de escuela secundaria individual es alrededor de uno en 200,000 por año.



Revisado 2014: Nancy Curry, EdM;
Christene DeWitt-Parker, MSN, CSN, RN;
Lakota Kruse, MD, MPH; Susan Martz, EdM;
Stephen G. Rice, MD; Jeffrey Rosenberg, MD;
Louis Teichholz, MD; Perry Weinstock, MD

American Heart Association
Learn and Live



MUERTE CARDÍACA SÚBITA EN ATLETAS JÓVENES

Otras enfermedades del corazón que pueden conducir a la muerte súbita en gente joven incluyen:

- Miocarditis, una inflamación aguda del músculo del corazón (usualmente causada por un virus).
- Cardiomiopatía dilatada, un agrandamiento del corazón por razones desconocidas.
- Síndrome QT largo y otras anomalidades eléctricas del corazón que causan ritmos normalmente rápidos del corazón y pueden darse en las familias también.
- Síndrome de Marfan, un desorden heredado que afecta las válvulas del corazón, las paredes de las arterias principales, ojos y esqueleto. Generalmente se da en atletas inusualmente altos, especialmente si el ser alto no es común en otros miembros de la familia.

¿Existen señales de advertencia que deben ser vigiladas?

En más de un tercio de estas muertes cardíacas súbitas, hubo señales de advertencia que no fueron reportadas o no se tomaron en serio. Las señales de advertencia son:

- Desmayo, convulsiones durante la actividad física;
- Desmayo o convulsiones por excitación emocional, estrés emocional o sobreestimularse;
- Mareo o aturdimiento, especialmente durante el esfuerzo;
- Dolor en el pecho, durante el descanso o esfuerzo;
- Palpitaciones – estar consciente de que el corazón late de modo inusual (saltar los latidos o los latidos son irregulares o extra) durante participación en actividades atléticas o durante los períodos de enfriamiento después de la participación en actividades atlética;
- Fatiga o cansarse más rápidamente que sus compañeros; o
- No poder seguir al ritmo que sus amigos debido a falta de aliento (dificultad para respirar).

¿Cuáles son las recomendaciones actuales para exámenes de detección de señales en atletas jóvenes?

Nueva Jersey requiere que todos los atletas escolares sean examinados por su médico primario ("médico del hogar") o por el médico escolar al menos una vez al año. El Departamento de Educación de Nueva Jersey requiere el uso del Formulario de Examen Físico Antes de la Participación (PPE, siglas en inglés para Pre-participation Physical Examination Form).

Este proceso empieza con los padres y los estudiantes atletas contestando preguntas acerca de síntomas durante el ejercicio (tales como dolor en el pecho, mareo, desmayo, palpitaciones o falta de aliento); y preguntas acerca del historial de salud de la familia.

El proveedor primario de servicios de salud debe saber si algún miembro de la familia murió súbitamente durante la actividad física o durante una convulsión. Ellos también deben saber si alguien en la familia menor de 50 años de edad tuvo una muerte súbita inexplicable tal como ahogamiento o accidentes automovilísticos. Esta información debe ser proporcionada anualmente para cada examen porque es muy esencial para identificar a los que están a riesgo de muerte cardíaca súbita.

El examen físico requerido incluye la medición de la presión arterial y escuchar cuidadosamente al examinar el corazón, especialmente por soplos o anomalías del ritmo. De no haber señales de advertencia en el historial de salud y si no se descubrieron anomalías durante el examen, no se recomienda evaluación o pruebas adicionales.

¿Existen opciones privadas disponibles de evaluaciones de detección de condiciones cardíacas?

Programas de evaluaciones de detección basados en tecnología incluyendo un electrocardiograma (ECG, siglas en inglés) y ecocardiograma (ECHO, siglas en inglés) son opciones no invasivas y sin dolor que los padres

pueden tomar en cuenta además del PPE requerido. Sin embargo, estos procedimientos pueden ser muy caros y actualmente no son recomendados por la Asociación de Pediatría Americana y el Colegio de Cardiología

Americano a menos que el PPE revele una indicación para estas pruebas. Además del gasto, otras limitaciones de las pruebas basadas en tecnología incluyen la posibilidad de "positivos falsos" que conducen a estrés innecesario para los padres o tutores así como restricciones innecesarias para la participación en actividades atléticas.

El Departamento de Salud y Servicios Humanos de Estados Unidos ofrece opciones para evaluaciones de riesgo bajo la Iniciativa de Historia Familiar del Director General de Sanidad (Surgeon General) disponible en:

<http://www.hhs.gov/familyhistory/index.html>.

¿Cuándo debe un estudiante atleta ver a un especialista del corazón?

Si el proveedor primario de servicios de salud o el médico escolar tiene alguna preocupación, se recomienda una remisión a un especialista del corazón de niños, cardiólogo pediátrico. Este especialista realizará una evaluación más extensa, incluyendo un electrocardiograma (ECG), que es un gráfico de la actividad eléctrica del corazón. Y probablemente se hará un ecocardiograma que es una prueba de ultrasonido que permite la visualización directa de la estructura del corazón. El especialista podría ordenar también una prueba de ejercicio en una trotadora y un monitor para permitir una grabación más larga del ritmo del corazón. Estas pruebas no son invasivas o incomodas.

¿Puede prevenirse la muerte cardíaca súbita con solamente los exámenes de detección apropiados?

Una evaluación apropiada debe encontrar la mayoría, pero no todas, las condiciones que podrían causar la muerte súbita en el atleta. Esto se debe a que algunas enfermedades son difíciles de



STATE OF NEW JERSEY
DEPARTMENT OF EDUCATION

**Folleto sobre muerte cardíaca súbita
Hoja de firma**

Nombre del distrito escolar: _____

Nombre de la escuela local: _____

Reconozco / reconocemos que recibimos y revisamos el folleto Muerte cardíaca súbita en atletas jóvenes.

Firma del alumno: _____

Firma del padre o tutor: _____

Fecha: _____