

Registro Escolar de Asma 2023-2024

**Unidad de Manejo y Control del Asma
Sección de Prevención y Control de Condiciones Crónicas
División de Prevención y Control de Enfermedades
Secretaría Auxiliar de Servicios para la Salud Integral
Departamento de Salud de Puerto Rico**

DEPARTAMENTO DE
SALUD



Registro Escolar de Asma

- Registro digital que recopila información acerca de la cantidad de estudiantes con asma en las escuelas públicas y privadas de Puerto Rico y la entrega de los planes de acción de asma de cada estudiante diagnosticado con esta enfermedad.
- Busca que cada niño con asma tenga su plan de acción para el tratamiento de su condición actualizado.
- El personal escolar se encarga de reportar, de manera confidencial, la entrega de cada uno de los planes de acción de los estudiantes con asma a la Unidad de Manejo y Control del Asma.



Misión

- Tener un registro en el que podamos asegurar que los pacientes pediátricos con asma están recibiendo su plan de acción del asma en Puerto Rico como parte esencial de su tratamiento y que este documento esté siendo entregado a la escuela para su utilización.

Visión

- Lograr que los niños y niñas con asma en Puerto Rico tengan un plan de tratamiento completo para su condición y que puedan manejar y controlar su asma para tener una mejor calidad de vida.



Registro Escolar de Asma

¿Qué se reporta?

Plan de Acción del Asma

¿Quién lo reporta?

Enfermeros(as) escolares o personal escolar designado

¿Cómo se reporta?

Registro digital a través del software de captura de datos electrónicos REDCap

¿Cuándo se reporta?

Hasta el 30 de marzo del año escolar en curso

¿Cuál es el propósito?

- Tendencias en aspectos sociodemográficos y de salud
- Distribución geográfica
- Determinantes sociales
- Evaluación e implementación de programas
- Política pública

¿Cómo se disemina?

- Reporte anual
- Página Web del Departamento de Salud
- Otros medios de comunicación



DEPARTAMENTO DE SALUD



Unidad de Manejo y Control del Asma



DEPARTAMENTO DE SALUD





Limitaciones en el Registro Escolar de Asma 2022-2023

- Informes incompletos.
- Total de estudiantes matriculados en su escuela por grado indicado fue el mismo que el total de estudiantes con asma en su escuela por grado.
- La cantidad de récords creados de estudiantes con asma no fue el mismo que el total de estudiantes con asma en su escuela por grado.
- No se incluyó los estudiantes que no entregaron el plan de acción.
- No se incluyó la razón por la cual no se entregó el plan de acción en el espacio provisto para esto.
- Duplicidad de informes en el registro.



Cambios en el Registro Escolar de Asma 2023-2024

1 Aspectos generales

Instrucciones y títulos más detallados en las diversas secciones.

2 Información de la escuela

Espacio para colocar:

- Número de teléfono de la escuela y extensión si aplica.
- Número de teléfono celular.
- Matrícula y estudiantes con asma en grado preescolar.

Cambios en el Registro Escolar de Asma 2023-2024

3 Información de cada estudiante con asma

Sexo del estudiante:

- Niña o mujer
- Niño u hombre

Espacio para colocar:

- Nombre del padre/madre o encargado.
- Número de teléfono del padre/madre o encargado.



Protocolo para llenar el registro

https://www.salud.pr.gov/registro_asma

DEPARTAMENTO DE
SALUD



Proceso para realizar el registro

1 Identificar

Revisar los expedientes de todos los estudiantes de su escuela e identificar aquellos que tienen asma.

2 Separar

Dividir los expedientes de los estudiantes con asma por grado para proveer la información en el Registro.

3 Completar

Completar el Registro Escolar de Asma con la información de cada estudiante asmático. El informe corresponde a los estudiantes matriculados en el primer semestre escolar.

Fecha límite: 30 de marzo de 2024

DEPARTAMENTO DE
SALUD



Acceso al Registro Escolar de Asma

- Se le envía un enlace único para usted a su correo electrónico titulado: "Registro Escolar de Asma 2023-2024".
 - Se completa uno por escuela.
 - De haber más de un enfermero escolar o encargado solo uno debe completar el registro. Puede escribir el nombre de los demás en el encasillado: "Nombre de la persona que está completando el formulario (su nombre)".

Saludos,

El Programa de Manejo y Control del Asma del Departamento de Salud le envía este mensaje para que pueda acceder al Registro Escolar de Asma en este año escolar.

El siguiente enlace le permitirá acceder al Registro Escolar de Asma:

[Información de la escuela](#)

Si no le funciona el enlace anterior, intente copiando el siguiente enlace y pegándolo en su navegador de preferencia:

<https://redcap.salud.pr.gov/surveys/?s=V7zzYdhk7>

*Este enlace es de uso único para su escuela y no debe compartirlo con otros. De haber más de un enfermero escolar en la escuela solo uno debe completar el registro. Puede escribir el nombre de todos los enfermeros en el encasillado "Nombre de la persona que está completando el formulario" cuando comience a completar el registro.

Puede utilizar los enlaces anteriores cada vez que quiera regresar al registro. Recuerde crear su contraseña para un acceso directo y seguro.

De tener alguna duda o inconveniente, puede comunicarse con nosotros a fernando.mercado@salud.pr.gov

Correo electrónico enviado con el enlace en septiembre de 2023.

https://www.salud.pr.gov/registro_asma

DEPARTAMENTO DE
SALUD



Información de la escuela

Según establece la Ley Núm. 56 del 2006 y su Reglamento 9224 del 2020, es requisito de matrícula para todos los estudiantes con asma de las escuelas de Puerto Rico, tanto públicas como privadas, que presenten un plan de acción para el tratamiento de esta enfermedad completado por su médico.

De desear acceder a los documentos del plan de acción del asma para el regreso a clases, diríjase al siguiente enlace: https://www.salud.pr.gov/registro_asma

Si tiene alguna duda puede escribirnos a: programa.asma@salud.pr.gov o llamar al 787-765-2929 ext. 4105.

Recuerde que el informe corresponde a los estudiantes matriculados en el **primer semestre escolar** y la fecha límite para completar el registro es el **30 de marzo** del año escolar en curso.

Usuario

Nombre de la persona que está completando el formulario (su nombre):

Nombre, Apellido Paterno, Apellido Materno

De haber más de un enfermero escolar solo uno debe completar el registro. Puede escribir el nombre de todos los enfermeros en este encasillado.

Email/Correo electrónico de la persona que está completando el formulario (su email):

Utilice su dirección de correo electrónico institucional, pues el mensaje de confirmación será enviado a la dirección de correo electrónico que usted provea.

Contraseña o Password:

(Servirá para regresar al registro y no perder los datos.)

Disclaimer

Next Page >>

Save & Return Later

Creación de cuenta

- El enlace del registro enviado a su correo electrónico lo llevará a esta pantalla.
- Complete la información para crear una cuenta.



DEPARTAMENTO DE
SALUD



https://www.salud.pr.gov/registro_asma

Regresar al registro

- Una vez creada su cuenta, se le pedirá su contraseña cada vez que desee volver al registro utilizando su enlace y será dirigido a la página principal.

Survey Login ✕

Survey title: "Información de la escuela"

Before beginning or continuing this survey, you must first log in by successfully entering the correct values below. **You must successfully enter a value for the field below.** Please note that the login is *not* case sensitive.

Contraseña o Password:

(Servirá para regresar al registro y no perder los datos.)

Show value

Log In

https://www.salud.pr.gov/registro_asma

DEPARTAMENTO DE
SALUD



Información de la escuela

- Tipo de escuela:
 - Pública o Privada

Descripción

Tipo de escuela:

- Pública
 Privada

reset

Número de teléfono de la escuela:

Número de extensión (si aplica):

Número de teléfono celular:

DEPARTAMENTO DE
SALUD



Información de la escuela

- Una vez seleccionada el tipo de escuela, el sistema le solicitará que seleccione su escuela.
- De no encontrar el nombre de su escuela en la lista favor de seleccionar "OTRO" y escriba en el espacio provisto el nombre y código de la escuela. Además, seleccione municipio de la escuela.

Seleccione su escuela:	<input type="text" value="OTRO"/>
	Para facilitar su búsqueda puede comenzar a escribir el nombre, código o municipio de la escuela. De no encontrar el nombre de su escuela en la lista favor de seleccionar OTRO.
Nombre de la escuela:	<input type="text"/>
Código de la escuela:	<input type="text"/>
Municipio de la escuela	<input type="text"/>



Información de la escuela

- Una vez seleccionado el nombre de la escuela complete en el espacio provisto:
 - Número de teléfono de la escuela
 - Número de extensión (si aplica)
 - Número de teléfono celular

Número de teléfono de la escuela:

Número de extensión (si aplica):

Número de teléfono celular:

Matrícula: Total de estudiantes matriculados en su escuela por grado

- Para cada grado, escriba el número total de estudiantes matriculados. De no haber estudiantes de cierto grado en su escuela, escriba "0".
- Si su escuela no se rige por los grados tradicionales, escriba "0" en cada grado y escriba el número de matrícula en el encasillado que dice "Sin grado".
- De acuerdo con la cantidad que usted provea por grado, el sistema calculará el total de estudiantes matriculados en su escuela. Si este número no es correcto, verifique la cantidad que escribió en cada grado y corrija el que sea necesario.

Matrícula: Total de estudiantes matriculados en su escuela por grado

MATRÍCULA

Total de estudiantes matriculados en su escuela por grado

Favor de entrar su respuesta con números solamente.

Si su escuela no se rige por los grados tradicionales, escriba 0 (cero) en cada grado y escriba el número de matrícula en el encasillado que dice "Sin grado".

Preescolar

De no haber estudiantes de este grado en su escuela, escriba 0.

Total de estudiantes matriculados en su escuela:

De acuerdo con los números que usted escribió por grado, el total de estudiantes en su escuela es:

Si este número no concuerda con el número total de estudiantes en su escuela, verifique nuevamente los números que ingresó para cada grado.

Total de estudiantes con asma por grado

- Una vez indicada la matrícula, le aparecerán los grados en los cuales habían estudiantes matriculados para que incluya los estudiantes con asma por grado.
- Para cada grado, escriba el número total de estudiantes con asma. De no haber estudiantes en cierto grado con la enfermedad en su escuela, escriba "0".
- De acuerdo con la cantidad que usted provea por grado, el sistema calculará el total de estudiantes con asma en su escuela. Si este número no es correcto, verifique la cantidad que escribió en cada grado y corrija el que sea necesario.

Total de estudiantes con asma por grado

Total de estudiantes con ASMA por grado

Favor de entrar su respuesta con números solamente.

Preescolar

De no haber estudiantes de este grado con asma en su escuela, escriba 0.

Total de estudiantes con ASMA en su escuela:

De acuerdo con los números que usted escribió por grado, el total de estudiantes con asma en su escuela es:

Si este número no concuerda con el número total de estudiantes en su escuela, verifique nuevamente los números que ingresó para cada grado.

El total de estudiantes matriculados en su escuela por grado no debe ser el mismo que el total de estudiantes con asma en su escuela por grado.

Información de cada estudiante con asma

- La cantidad de récords creados de estudiantes con asma debe ser el mismo número que el total de estudiantes con asma por grado como indicó en la sección anterior.
- Deberá incluir tanto los que entregaron como los que no entregaron el plan de acción.
- Si indicó que no entregó el plan de acción incluya la razón en el espacio provisto. De no poseer conocimiento de la razón, escriba: "Se desconoce la razón".

Información de cada estudiante con asma

Nombre del estudiante
* must provide value

Nombre

Apellidos del estudiante
* must provide value

Apellido Paterno, Apellido Materno

Sexo del estudiante
* must provide value

Niña o mujer Niño u hombre

reset

Edad del estudiante
* must provide value

▼

Grado que cursa el estudiante
* must provide value

▼

Municipio de residencia del estudiante
* must provide value

▼

- Nombre del estudiante
- Apellidos del estudiante
- Sexo del estudiante:
 - Niña o mujer / Niño u hombre
- Edad del estudiante:
 - Años
- Grado que cursa el estudiante
- Municipio de residencia del estudiante

Estatus de entrega del Plan de Acción de Asma

No entregó

- ¿El Plan de Acción de Asma de este estudiante se entregó o no se entregó?
- Razón por la cual no entregó el plan de acción de asma:
 - Indique la razón por la cual no se ha entregado el plan de acción de asma para ese estudiante.
 - De no poseer conocimiento de la razón, escriba: "Se desconoce la razón".

Estatus del Plan de Acción de Asma

Estatus de entrega
¿El Plan de Acción de Asma de este estudiante se entregó o no se entregó?
* must provide value

No entregó ▾

Razón por la cuál no entregó el plan de acción de asma:

De no poseer conocimiento de la razón, escriba: "Se desconoce la razón".

* must provide value

https://www.salud.pr.gov/registro_asma

DEPARTAMENTO DE
SALUD



Estatus de entrega del Plan de Acción de Asma

Sí entregó

- Ingrese la información del Plan de acción del Asma del estudiante.
- **Fecha de vigencia del plan de acción de asma:**
 - Utilice el icono (imagen pequeña) del calendario para seleccionar la fecha de vigencia del Plan de Acción de Asma del estudiante. Esta se encuentra en la parte superior derecha del documento, en la primera tabla. Esta fecha corresponde a la duración del documento.

1

Información del plan de acción de asma del estudiante

Fecha de vigencia del plan de acción de asma

* must provide value

  Today M-D-Y

https://www.salud.pr.gov/registro_asma

DEPARTAMENTO DE
SALUD



Aspectos importantes al someter la información del Plan de Acción de Asma

- Solo debe completar la información que se le solicita en la plataforma aunque en el documento entregado se incluya información adicional, entiéndase que no deberá añadir otra información.
 - Un ejemplo de esto es el componente de "Antes de Actividad física", el cual no se solicita.
- Si en el plan entregado el médico no completó ninguna información, pero escribió en algún lugar que no padece de la enfermedad, no debe someterlo. Este estudiante no deberá ser contado como estudiante asmático.

Aspectos importantes al someter la información del Plan de Acción de Asma

- Si en el plan entregado el médico no completó ninguna información, pero escribió en algún lugar que el estudiante tiene asma, pero no tiene tratamiento, debe seleccionar la opción de "El documento no tiene marca en esta sección" en cada uno de los componentes. No es necesario que escriba la justificación en ninguna sección.
- Para proveer información adicional o de tener alguna duda al someter un plan de acción puede comunicarse con el encargado del Registro Escolar de Asma para asistencia y orientación.

Clasificación de gravedad

2

Medicamentos: Zona Verde

3

Medicamentos: Zona Amarilla

4

Medicamentos: Zona Roja

5

Capacidad de autoadministración

7

Información del cuidador

8

Plan de Acción del Asma

Liene en letra de molde.

Nombre del paciente: _____ Fecha de nacimiento: ____/____/____ Fecha de vigencia: ____/____/____

Clasificación de gravedad: Intermitente Persistente leve Persistente moderado Persistente severo

Mejor Marca personal del Peak Flow: _____ L/min N/A *Todo niño debe utilizar su cámara espaciadora al usar un inhalador o nebulizador.

ZONA VERDE: ESTÁ BAJO CONTROL

Puedes jugar, duermes bien durante la noche. Flujo espiratorio máximo: _____ (es más del 80% de la mejor marca personal)

Medicamento diario

Medicamento	Concentración	Cuánto y cuándo usar
<input type="checkbox"/> Flovent®	<input type="checkbox"/> 115mcg <input type="checkbox"/> 230mcg	____ inhalación(es) ____ vez/veces al día
<input type="checkbox"/> Flovent® Diskus®	<input type="checkbox"/> 44mcg <input type="checkbox"/> 110mcg	____ inhalación(es) ____ vez/veces al día
<input type="checkbox"/> Pulmicort Respules®	<input type="checkbox"/> 50mcg <input type="checkbox"/> 100mcg	____ inhalación(es) ____ vez/veces al día
<input type="checkbox"/> Pulmicort Flexhaler®	<input type="checkbox"/> 0.25mg <input type="checkbox"/> 0.5mg	____ unidad(es) nebulizada(s) ____ vez/veces al día
<input type="checkbox"/> Singulair®	<input type="checkbox"/> 90mcg <input type="checkbox"/> 180mcg	____ inhalación(es) ____ vez/veces al día
<input type="checkbox"/> Singulair®	<input type="checkbox"/> 4mg <input type="checkbox"/> 5mg	____ 10mg ____ 1 pastilla en la noche
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.

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	<input type="checkbox"/> 90mcg <input type="checkbox"/> 1.25mg/3mL <input type="checkbox"/> 2.5mg/3mL	____ inhalación(es) inmediatamente
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)

ADMINISTRAR EL MEDICAMENTO DE ALIVIO RÁPIDO AHORA!

Medicamento	Concentración	Cuánto y cuándo usar
<input type="checkbox"/> Albuterol	<input type="checkbox"/> 90mcg <input type="checkbox"/> 1.25mg/3mL <input type="checkbox"/> 2.5mg/3mL	____ inhalación(es) inmediatamente
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:	NPI:
	Fecha: ____/____/____

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: ____/____/____

*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

1

Fecha de vigencia

6

Provocadores del asma

DEPARTAMENTO DE SALUD



Información del plan de acción de asma

- **Clasificación de gravedad del asma del estudiante:**
 - Seleccione la alternativa que esté marcada en el documento.
 - Si no está marcada ninguna alternativa seleccione la opción: "El documento no tiene marca en esta sección".

2

Clasificación de gravedad del asma del estudiante:

Esta información se encuentra en la segunda fila de la primera tabla del plan de acción de asma del estudiante como "Clasificación de gravedad".

* must provide value

- INTERMITENTE
- PERSISTENTE LEVE
- PERSISTENTE MODERADO
- PERSISTENTE SEVERO
- El documento no tiene una marca en esta sección.

Información del plan de acción de asma

3

4

5

- **Zona verde, amarilla y roja:**
 - Seleccione los medicamentos que están marcados en cada zona del plan de acción de asma del estudiante.
 - Si no está marcada ninguna alternativa seleccione la opción: "El documento no tiene marca en esta sección".

ZONA VERDE: Seleccione los medicamentos que están marcados en la zona verde del plan de acción de asma de _____.

* must provide value

- Advair® HFA
- Flovent®
- Flovent® Diskus®
- Pulmicort Respules®
- Pulmicort Flexhaler®
- Singulair (Montelukast)
- Otros:
- El documento no tiene una marca en esta sección.

ZONA AMARILLA: Seleccione los medicamentos que están marcados en la zona amarilla del plan de acción de asma de _____.

* must provide value

- Albuterol 90mcg
- Albuterol 1.25mg/3mL
- Albuterol 2.5mg/3mL
- Otros:
- El documento no tiene una marca en esta sección.

ZONA ROJA: Seleccione los medicamentos que están marcados en la zona roja del plan de acción de asma de _____.

* must provide value

- Albuterol 90mcg
- Albuterol 1.25mg/3mL
- Albuterol 2.5mg/3mL
- Otros:
- El documento no tiene una marca en esta sección.

Aspectos importantes en los medicamentos de la zona verde

- Debe incluir los medicamentos que se indicaron en el documento, independientemente de la concentración, entiéndase que si está marcado el medicamento y la dosis, solo seleccione el medicamento en la plataforma.
 - Un ejemplo de esto es Singulair 5 mg, en el cual solo debe seleccionar en la plataforma Singulair.

ZONA VERDE: ESTÁ BAJO CONTROL

Respiras bien, sin tos ni sibilancias, puedes jugar, duermes bien du

ZONA VERDE: Seleccione los medicamentos que están marcados en la zona verde del plan de acción de asma de _____.

* must provide value

Medicamento diario	Concentración		
<input type="checkbox"/> Advair® HFA	<input type="checkbox"/> 45mcg	<input type="checkbox"/> 115mcg	<input type="checkbox"/> 230mcg
<input type="checkbox"/> Flovent®	<input type="checkbox"/> 44mcg	<input type="checkbox"/> 110mcg	<input type="checkbox"/> 220mcg
<input type="checkbox"/> Flovent® Diskus®	<input type="checkbox"/> 50mcg	<input type="checkbox"/> 100mcg	<input type="checkbox"/> 250mcg
<input type="checkbox"/> Pulmicort Respules® (Budesonide)	<input type="checkbox"/> 0.25mg	<input type="checkbox"/> 0.5mg	<input type="checkbox"/> 1.0mg
<input type="checkbox"/> Pulmicort Flexhaler®	<input type="checkbox"/> 90mcg	<input type="checkbox"/> 180mcg
<input checked="" type="checkbox"/> Singulair (Montelukast)	<input type="checkbox"/> 4mg	<input checked="" type="checkbox"/> 5mg	<input type="checkbox"/> 10mg.
<input type="checkbox"/> Otros: _____			

Advair® HFA
 Flovent®
 Flovent® Diskus®
 Pulmicort Respules®
 Pulmicort Flexhaler®
 Singulair (Montelukast)
 Otros:
 El documento no tiene una marca en esta sección.



Aspectos importantes en los medicamentos de la zona verde

- Seleccione la opción de "Otros" solo para incluir medicamentos que no estén en la lista, independientemente de la concentración y la frecuencia ("Cuánto y cuándo usar").
 - No seleccione la opción para escribir comentarios adicionales como "no aplica", "no especifica", visitas relacionadas con ambientes hospitalarios o médicos, dosis, frecuencias, o cualquier otro comentario que no sea un nombre de un medicamento.

Aspectos importantes en los medicamentos de la zona amarilla

- Debe seleccionar en la plataforma los medicamentos que se indicaron en el documento.
 - Un ejemplo de esto es Albuterol 1.25 mg/3mL, en el cual debe seleccionar en la plataforma Albuterol 1.25 mg/3mL.

ZONA AMARILLA: PRECAUCIÓN

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

CONTINUAR CON LOS MEDICAMENTOS DE LA ZONA AMARILLA

Medicamento	Concentración
<input type="checkbox"/> Albuterol	90mcg
<input checked="" type="checkbox"/> Albuterol	<input checked="" type="checkbox"/> 1.25mg/3mL <input type="checkbox"/> 2.5mg/3mL
<input type="checkbox"/> Otros: _____	

ZONA AMARILLA: Seleccione los medicamentos que están marcados en la zona amarilla del plan de acción de asma de _____.

* must provide value

- Albuterol 90mcg
- Albuterol 1.25mg/3mL
- Albuterol 2.5mg/3mL
- Otros:
- El documento no tiene una marca en esta sección.

Aspectos importantes en los medicamentos de la zona amarilla

- Seleccione la opción de "Otros" solo para incluir medicamentos que no estén en la lista o si la concentración de Albuterol es distinta (Ejemplo: Albuterol 5 mg/mL).
 - No seleccione la opción para escribir comentarios adicionales como "no aplica", "no especifica", visitas relacionadas con ambientes hospitalarios o médicos, o cualquier otro comentario que no sea un nombre de un medicamento.

Aspectos importantes en los medicamentos de la zona roja

- Debe seleccionar en la plataforma los medicamentos que se indicaron en el documento.
 - Un ejemplo de esto es Albuterol 1.25 mg/3mL, en el cual debe seleccionar en la plataforma Albuterol 1.25 mg/3mL.

ZONA ROJA: ¡CONSIGUE AYUDA AHORA!

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

¡ADMINISTRE EL MEDICAMENTO DE ALIVIO

Medicamento	Concentración
<input type="checkbox"/> Albuterol	90mcg
<input checked="" type="checkbox"/> Albuterol	<input checked="" type="checkbox"/> 1.25mg/3mL <input type="checkbox"/> 2.5mg/3mL
<input type="checkbox"/> Otros: _____	

ZONA ROJA: Seleccione los medicamentos que están marcados en la zona roja del plan de acción de asma de _____.

* must provide value

- Albuterol 90mcg
- Albuterol 1.25mg/3mL
- Albuterol 2.5mg/3mL
- Otros:
- El documento no tiene una marca en esta sección.

Aspectos importantes en los medicamentos de la zona roja

- Seleccione la opción de "Otros" solo para incluir medicamentos que no estén en la lista o si la concentración de Albuterol es distinta (Ejemplo: Albuterol 5 mg/mL).
 - No seleccione la opción para escribir comentarios adicionales como "no aplica", "no especifica", visitas a ambientes hospitalarios y médicos, o cualquier otro comentario que no sea un nombre de un medicamento.

Información del plan de acción de asma

• Provocadores:

- Seleccione los provocadores de asma que están marcados en la sección "Provocadores" que se encuentra al lado derecho de las zonas de colores (verde, amarilla y roja) del plan de acción del estudiante.
- Si no está marcada ninguna alternativa seleccione la opción: "El documento no tiene marca en esta sección".

6

Seleccione los provocadores de asma que están marcados en la sección Provocadores que se encuentra al lado derecho de las zonas de colores (verde, amarilla y roja) del plan de acción de _____.

* must provide value

- 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:
- El documento no tiene una marca en esta sección.

Aspectos importantes en los provocadores

- Seleccione la opción de "Otros" solo para incluir provocadores que no estén en la lista y que no sean alimentos (se escriben en el espacio para los alimentos).
 - No seleccione la opción para escribir comentarios adicionales como "no aplica", "no especifica" o cualquier otro comentario que no sea un nombre de un provocador.

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:

- Alimentos:
- Otros:
- El documento no tiene una marca en esta sección.

Especifique (alimentos):

* must provide value

DEPARTAMENTO DE
SALUD



Aspectos importantes en los provocadores

- Si en la sección de "Otros" en el Plan de Acción está escrito un provocador que está dentro de las categorías debe seleccionar la categoría en la cual se incluye en la plataforma. No debe incluirlos bajo "Otros".
 - Ejemplos:
 - Humo
 - Categoría: Polvo del Sahara, contaminación del aire o humo
 - X producto de limpieza
 - Categoría: olores irritantes (perfumes, productos de limpieza)
 - Peluches
 - Categoría: Ácaros, polvo, peluches, alfombras

Información del plan de acción de asma

- "Solo para menores":

- Verifique la sección "Solo para menores" del recuadro color gris del plan de acción de asma del estudiante y seleccione la alternativa que esté marcada en el documento.
- De no tener ninguna marca, seleccione: "El documento no tiene una marca en esta sección".

7

Verifique la sección "Solo para menores" del recuadro color gris del plan de acción de asma del estudiante y seleccione la alternativa que esté marcada en el documento. Las opciones son exactamente como están redactadas en el plan de acción de asma. De no tener ninguna marca, seleccione "El documento no tiene una marca en esta sección".

* must provide value

- 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.
- El documento no tiene una marca en esta sección.

Información del plan de acción de asma

- Nombre del padre/madre o encargado
- Número de teléfono del padre/madre o encargado

8

Información del plan de acción de asma del estudiante

Nombre del padre/madre o encargado

* must provide value

Número de teléfono del padre/madre o encargado:

En caso de no poseer el número, escriba "Desconocido".

* must provide value

Cierre del registro

- **"Submit":**
 - Presione el botón "Submit" para culminar el registro para ese estudiante y continuar completando el de otro estudiante en caso de ser necesario. Automáticamente le abrirá la pantalla de "Survey Queue" donde podrá seleccionar añadir más estudiantes, editar la información ya entrada o dar por culminado el informe.
- **"Save & Return Later":**
 - No estaremos utilizando el código de retorno de esta opción. Si el sistema le pide el código, vuelva al enlace que se le envió por correo electrónico.



https://www.salud.pr.gov/registro_asma

DEPARTAMENTO DE
SALUD



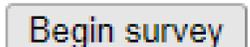
Verificar información ingresada

- **Completar otro récord al instante:**
 - Luego de someter un récord, se le proveerá la opción de completar el récord de otro estudiante. En la parte posterior de la pantalla podrá observar los récords que ha completado.

 Completar otro record

 **Survey Queue** Get link to my survey queue

Listed below is your survey queue, which lists any other surveys that you have not yet completed. To begin the next survey, click the 'Begin survey' button next to the title.

Status	Survey Title	
 Completed	Información de la escuela	 Edit response
 Completed	Información de cada estudiante con asma – #1: 0	 Completar otro record  Edit response
	Seleccione para someter el informe.	

Verificar información ingresada

- Completar otro récord en otro momento:
 - Presione nuevamente el enlace enviado en el correo electrónico. Luego vaya a la parte superior y seleccione "Survey Queue" para ver los récords que tiene completados. Es posible que tenga que presionar "view all" para verlos.



Survey Queue Get link to my survey queue

Listed below is your survey queue, which lists any other surveys that you have not yet completed. To begin the next survey, click the 'Begin survey' button next to the title.

Status	Survey Title	
✓ Completed	Información de la escuela	Edit response
✓ Completed	Información de cada estudiante con asma - #1: Mercado	Edit response
✓ Completed	Seleccione para someter el informe.	+ Completar otro record

Close



Verificar información ingresada

- "Edit response":
 - Le permitirá entrar a los récords que ya ha completado para editar la información provista en caso de ser necesario.

 Completar otro record

 **Survey Queue** Get link to my survey queue

Listed below is your survey queue, which lists any other surveys that you have not yet completed.
To begin the next survey, click the 'Begin survey' button next to the title.

Status	Survey Title	
✓ Completed	Información de la escuela	 Edit response
✓ Completed	Información de cada estudiante con asma – #1: 0	+ Completar otro record  Edit response
Begin survey	Seleccione para someter el informe.	

Informe de asma completado

- **"Begin Survey - Seleccione para someter el informe":**
 - Seleccione esta opción cuando ya haya entrado la información de la escuela y de cada uno de los estudiantes con asma en su escuela.

 Completar otro record

 **Survey Queue** Get link to my survey queue

Listed below is your survey queue, which lists any other surveys that you have not yet completed.
To begin the next survey, click the 'Begin survey' button next to the title.

Status	Survey Title	
✓ Completed	Información de la escuela	 Edit response
✓ Completed	Información de cada estudiante con asma – #1: 0	+ Completar otro record  Edit response
	Seleccione para someter el informe.	Begin survey

Informe de asma completado

- "Begin Survey - Seleccione para someter el informe":
 - Seleccione la opción de "Completado" y "Submit" para someter el informe y que reciba evidencia de que lo completó. Sin embargo, esto no indica que la información este completa y correcta.

Seleccione para someter el informe.

Antes de presionar completado, verifique que toda la información que usted proveyó es correcta.

Gracias por llenar la información de su escuela y los estudiantes con asma. Para confirmar que ya sometió toda la información solicitada, seleccione *Completado*.

Si no ha terminado el informe, seleccione *Completar otro record* en el Survey Queue que puede encontrar en la parte superior derecha de esta pantalla. Añada la información que le falte o edite los formularios, según sea necesario, utilizando la alternativa *Edit response* en dicha pantalla.

Completado reset

Recibimos su información

La escuela ha completado el Registro
Escolar de Asma del año 2023-2024.

Seleccione *Submit* para dar por terminado el informe de este año. Recibirá su correo electrónico de confirmación con la información de esta pantalla.

https://www.salud.pr.gov/registro_asma

DEPARTAMENTO DE
SALUD



Informe de asma completado

- "Registro Escolar de Asma COMPLETADO":
 - Evidencia a su correo electrónico de que se completó el Registro Escolar de Asma 2023-2024.

Registro Escolar de Asma COMPLETADO > Recibidos x



saludnotificaciones@salud.pr.gov

para mí ▾

16:43 (hace 4 minutos)



Saludos,

Le agradecemos por llenar el Registro Escolar de Asma. Si tiene alguna duda acerca del registro puede comunicarse con Fernando Mercado, epidemiólogo del Programa de Manejo y Control del Asma al 787-765-2929 ext. 4105 o al siguiente correo electrónico: fernando.mercado@salud.pr.gov

DEPARTAMENTO DE
SALUD



https://www.salud.pr.gov/registro_asma

Manejo de los documentos impresos

DEPARTAMENTO DE
SALUD



Documentos impresos

- Recogerá los documentos entregados por los padres y los guardará en el expediente del estudiante. Es recomendable que los maestros tengan copia del plan de acuerdo con el Reglamento 9224.
- En el caso de que un médico cambie el tratamiento del estudiante y le provea un plan de acción de asma actualizado, deberá entregar el nuevo a la escuela.



Información adicional

- En caso de que los padres no entreguen los documentos requeridos después de 4 meses, la escuela evaluará el caso para referirlo al Departamento de la Familia.
- Es altamente recomendable que los maestros obtengan su certificación de Manejo y Control del Asma Pediátrico en las escuelas, ofrecido por la Unidad de Manejo y Control del Asma del Departamento de Salud. Esta certificación tendrá una vigencia de 3 años. Se trabaja a través del curso virtual "Control del asma en las escuelas".



Contáctanos:

https://www.salud.pr.gov/programa_asma



programa.asma@salud.pr.gov



(787)765-2929 ext. 4105 / 4145 / 4148 / 4155 / 4156 / 4157



Departamento de Salud de Puerto Rico

DEPARTAMENTO DE
SALUD

