

Plan de Acción Contra el Asma

La meta del tratamiento del asma es vivir una vida **saludable y activa**.

Nombre	Fecha de nacimiento	Fechas efectivas / / al / /
Nombre de su médico	Teléfono de su médico	
Padre/Madre o Encargado	Número de teléfono	Escuela del estudiante
Contacto de Emergencia Adicional	Teléfono de contacto	



VERDE ES ADELANTE
Use la medicina de CONTROL diariamente

AMARILLO ES CUIDADO
Agregue la medicina de RESCATE

ROJO ES PELIGRO
Consiga ayuda de un doctor AHORA

Clasificación de severidad del asma	Causantes del asma (Cosas que empeoran su asma)	Vac gripe
☐ Intermitente leve ☐ Persistente Moderada ☐ Persistente leve ☐ Persistente Severa	☐ Resfriados ☐ Humo ☐ Ejercicio ☐ Polen ☐ Polvo ☐ Animales: _____ ☐ Olores fuertes ☐ Moho/humedad ☐ Plaga (ratones, cucarachas) ☐ Estación (escoja): Otoño, Invierno, Primavera, Verano ☐ Otro: _____	☐ Si ☐ No

Zona Verde: ¡Adelante!—Toma estas MEDICINAS DE CONTROL (PREVENCIÓN) DIARIAMENTE

Tiene **TODOS** estos:

- Respira fácil
- Sin toser o resollar
- Puede trabajar y jugar
- Puede dormir durante toda la noche



Flujo máximo en esta área:

_____ al _____
(Más del 80% de su mejor récord)

El mejor flujo máximo personal: _____

☐ No se requieren medicinas de control

☐ _____, tome _____ soplo(s) _____ veces al día
Corticoide inhalado o corticoide inhalado con un beta agonista de larga duración

☐ _____, tome _____ en pastillas una vez al día a la hora de dormir
Antagonista de los leucotrienos

☐ Otros _____

Para el asma con ejercicio, **agregue:**

☐ _____ soplos con la cámara 15 minutos antes de hacer ejercicio
Beta agonista inhalado (acción rápida)

Para alergias, **agregue:**

☐ _____ spray en cada _____ agujero de la nariz _____ veces al día
Nasal corticosteroid

Zona Amarilla: ¡Cuidado!—Continúe las medicinas de CONTROL y **AGREGUE** medicinas de RESCATE

Tiene **ALGUNO** de estos:

- Primera señal de un resfriado
- Tos o resuello suave
- Pecho congestionado
- Problemas para dormir, trabajar, o jugar



Flujo máximo en esta área:

_____ al _____
(50%-79% de su mejor récord)

☐ _____, _____ soplos con la cámara cada _____ horas cuando lo necesite
Beta agonista inhalado (acción rápida)

☐ _____, _____ tratamiento con nebulizador cada _____ horas cuando lo necesite
Beta agonista inhalado (acción rápida)

☐ Otros _____

¡SIEMPRE use la cámara con el inhalador!

Llame a su DOCTOR si tiene estos síntomas frecuentemente; usa las medicinas de rescate más de 2 veces por semana, o si la medicina de rescate no funciona.



Zona Roja: ¡Peligro!—Continúe con las medicinas de CONTROL & RESCATE y **¡CONSIGA AYUDA!**

Tiene **ALGUNO** de estos:

- No puede hablar, comer, o caminar bien
- La medicina no le está ayudando
- Respira duro o rápido
- Labios o uñas azules
- Cansado o apático
- Costillas visibles



Flujo máximo en esta área:

_____ al _____
(menos de 50% de su mejor récord)

☐ _____, _____ soplos con la cámara **cada 15 minutos**, hagalo **TRES** veces
Beta agonista inhalado (acción rápida)

☐ _____, _____ tratamiento con nebulizador **cada 15 minutos**, hagalo **TRES** veces
Beta agonista inhalado (acción rápida)

☐ Otros _____

Llame su doctor después de tomar el tratamientos.

**SI NO PUEDE PONERSE EN CONTACTO CON SU DOCTOR:
¡Llame la ambulancia al 911,
O vaya a la Sala de Emergencias de un HOSPITAL INMEDIATAMENTE!**

CONSENTIMIENTO PARA ADMINISTRAR MEDICINAS A LOS NIÑOS Y JÓVENES EN LA ESCUELA:

Los posibles efectos secundarios de la medicación (por ejemplo el albuterol) son palpitaciones, temblor o nerviosismo.

- ☐ Este estudiante tiene permiso y es capaz de administrarse la medicación por sí mismo.
- ☐ Este estudiante no tiene autorización para automedicarse.
- ☐ A este estudiante se le puede administrar medicina de emergencia por un personal autorizado.
- ☐ Como padre/madre o responsable legal de un estudiante, comprendo que la escuela, sus empleados y sus agentes o representantes no incurrirán en responsabilidad legal ni serán responsables de ninguna forma en todo aquello relacionado con el proceso de administración, supervisión, entrenamiento o auto administración de ningún medicamento.

Approved by DC Department of Health

Adapted from NHLBI by Children's National Medical Center, 2006

This publication was supported in part by a grant from the DC Department of Health, Asthma Control Program, with funds provided by the Cooperative Agreement Number U59/CEU324208-03 from the Centers for Disease Control and Prevention (CDC). Its contents are solely the responsibility of the authors and do not necessarily represent the official views of the CDC.

Permission to Reproduce Blank Form

Firma del Paciente o Padre/Madre o Encargado _____ Fecha _____

Firma del Proveedor de Salud _____ Fecha _____

Cita de seguimiento para el asma: _____

COPIA PACIENTE