

Plan De Acción Para Asma

FECHA: ____/____/____ NOMBRE DEL PACIENTE _____

PESO: _____ PADRE/MADRE/GUARDIÁN _____ TELÉFONO _____

ESTATURA: _____ NOMBRE DEL PROVEEDOR DE ATENCIÓN PRIMARIA/CLÍNICA _____ TELÉFONO _____

FEC. DE NAC: ____/____/____ QUÉ DESENCADENA MI ASMA _____

Intensidad de referencia

Mejor flujo pico

Siempre use su inhalador con una **cámara contenedora o un espaciador con o sin** una mascarilla. (seleccione con un círculo)

ZONA VERDE

ESTÁ BIEN

¡ADELANTE!

Usted tiene **TODOS** estos:

- Respira bien
- No tiene tos ni sibilancias
- Trabaja/juega sin dificultad
- Duerme toda la noche

Flujo máximo entre:

 y

80-100% del mejor valor personal

1º Paso: Tome estos medicamentos de control **todos los días**:

| MEDICAMENTO | CUÁNTO | CUÁNDO |
|-------------|--------|--------|
| _____ | _____ | _____ |
| _____ | _____ | _____ |
| _____ | _____ | _____ |

2º Paso: Si le da asma cuando hace ejercicio, tome el siguiente medicamento **15 minutos antes** de hacer ejercicio o deportes.

| MEDICAMENTO | CUÁNTO |
|-------------|--------|
| _____ | _____ |

ZONA AMARILLA

ESTÁ EMPEORANDO

ALERTA

Usted tiene **CUALQUIERA** de estos:

- Dificultad para respirar
- Tos
- Sibilancias
- Pecho apretado
- No puede trabajar o jugar sin dificultad
- Se despierta tosiendo en la noche

Flujo máximo entre:

 y

50-79% del mejor valor personal

1º Paso: Siga tomando los medicamentos de la **ZONA VERDE** y **AÑADA** medicina para alivio rápido:

_____ inhalaciones o 1 nebulización con _____
repite después de 20 minutos si lo necesita (por un máximo de 2 nebulizaciones).

2º Paso: Si en 1 hora o menos sus síntomas no mejoran o no regresa a la **ZONA VERDE**, tome su **medicamento esteroide oral** _____ y llame a su proveedor de atención médica hoy

3º Paso: Si está en la **ZONA AMARILLA** durante **más de 6 horas**, o sus síntomas **están empeorando**, siga las instrucciones de la **ZONA ROJA**.

ZONA ROJA

EMERGENCIA

¡BUSQUE AYUDA AHORA!

Usted tiene **CUALQUIERA** de estos:

- Es muy difícil respirar
- Fosas nasales muy abiertas
- Se ven las costillas
- La medicina no le ayuda
- Dificultad al caminar o hablar
- Los labios o las uñas están grises o azulados

Flujo máximo entre:

 y

Por debajo del 50% del mejor valor personal

1º Paso: Tome su medicamento de alivio rápido **AHORA:**

| MEDICAMENTO | CUÁNTO |
|-------------|--------|
| _____ | _____ |

o 1 nebulización con _____

Y

2º Paso: Llame a su proveedor de atención médica **AHORA**

Y

Diríjase a la sala de emergencias **o LLAME AL 911** inmediatamente.

_____ Este Plan de Acción para Asma proporciona autorización para la administración de los medicamentos descritos en el Plan de Acción para Asma.

_____ Este niño tiene el conocimiento y la habilidad para tomar sus medicamentos de alivio rápido en la escuela o la guardería con la aprobación de la enfermera escolar.

FECHA: ____/____/____ FIRMA DEL MÉDICO/ENFERMERA/ASISTENTE MÉDICO _____

Este consentimiento puede complementar el consentimiento de la escuela o guardería para dar medicamentos y permite que se le den los medicamentos a mi hijo o hija en la escuela o guardería. Mi hijo o hija (marque uno con un círculo) **puede/no puede** tener, auto-administrarse o usar medicina para alivio rápido en la escuela con la aprobación de la enfermera escolar (si corresponde).

FECHA: ____/____/____ PADRE/MADRE/GUARDIÁN _____

CITA DE SEGUIMIENTO EL _____ EN _____ TELÉFONO _____