

Nombre del paciente: _____
 Fecha de nacimiento: _____
 Nombre del padre: _____
 Teléfono celular: _____
 Teléfono del hogar: _____
 Nombre de la escuela: _____



MI plan de acción contra el asma

Utilice los colores del semáforo para ayudar a controlar el asma.

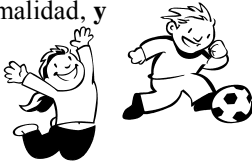
Asthma Severity Classification* **Intermittent:** Symptoms \leq 2/days/wk; \leq 2 nights/mo **Mild Persistent:** Symptoms $>$ 2 days/wk; 3-4 nights/mo
 Moderate Persistent: Symptoms daily; \geq 5 nights/mo **Severe Persistent:** Symptoms continual; frequent nights
 * These are *partial* criteria for Severity Classification. See national guidelines (EPR-3) for *complete* criteria: www.nhlbi.nih.gov/guidelines/asthma

VERDE = ¡ADELANTE!

Me siento bien

- Respiro bien, **y**
- No tengo tos, opresión en el pecho ni silbido, **y**
- Puedo trabajar o jugar con normalidad, **y**

El índice del flujo máximo es:
 entre _____ y _____
 80% 100%



Medicamentos diarios para la prevención y el control a largo plazo en el hogar

Medicamento	Cantidad	Frecuencia

A los 15 ó 20 minutos *antes* de practicar un deporte o juego intenso, adminístrese:

_____ inhalaciones de **albuterol**, con el espaciador

AMARILLO = ACTÚE

No me siento bien



- Tos, **o**
- Congestionado **u**
- Dificultad para opresión en el pecho, **o**
- respirar **o** sibilancias

o... el índice del flujo máximo es entre
 _____ y _____
 50% 79%

Continúe tomando el medicamento diario de la zona verde y **Comience con el medicamento de ALIVIO RÁPIDO (albuterol)** en el hogar o en la escuela para evitar que su asma empeore.

1. Comience a tomar **albuterol** (inhalador con espaciador o con una máquina) ahora: 1 inhalación; espere 1 minuto y repita.
2. Si no mejora en 30 minutos, repita _____ inhalaciones de albuterol.
3. Si mejora, administre _____ inhalaciones cada _____ horas, según lo necesite, hasta _____.

Si no mejora después de _____ inhalaciones de albuterol _____ veces, o si continúa en la zona amarilla después de _____ días, entonces comience _____ **y llame a su médico:** _____

ROJO = ¡URGENTE! ¡EMERGENCIA!

Me siento muy mal

- El medicamento no está ayudando, **o**
- Tengo dificultad para respirar, **o**
- Tos incontrolable, **o**
- Congestión/opresión grave en el pecho, **o**
- Dificultad para hablar o caminar (**Emergencia 911**), **o**
- Labios/uñas azules o somnolencia (**Emergencia 911**)

o... el índice del flujo máximo es:
 entre _____ y _____
 0% 49%



Tome un medicamento de alivio rápido y busque ayuda con un médico, ¡AHORA!

1. Tome **albuterol** de inmediato: _____ inhalaciones o con una máquina y
2. Comience a tomar un **corticosteroide**: _____ mg y
3. Repita _____ inhalaciones de albuterol o con un nebulizador, si fuera necesario, **Y**

Vaya A La Sala De Emergencia / Llame al 911 AHORA. ¡No espere!

Si va a la sala de emergencia, pida una cita con su médico para el día siguiente.

Autorización y exención de responsabilidad del padre/tutor: Solicito que la escuela ayude a mi hijo/a con los medicamentos contra el asma indicados arriba y el Plan de acción contra el asma de acuerdo con las leyes y la reglamentación estatal. Sí No

Mi hijo/a puede llevar y administrarse medicamentos contra el asma y yo acepto eximir de toda responsabilidad al distrito escolar y al personal de la escuela si mi hijo/a llegara a sufrir alguna reacción adversa por administrarse los medicamentos contra el asma. Sí No

Nombre del padre/tutor: _____ Firma: _____ Fecha: _____

Proveedor de atención médica: Mi firma concede autorización para las órdenes escritas antes mencionadas. Entiendo que todos los procedimientos se implementarán de acuerdo con las leyes y la reglamentación estatal. El alumno puede llevar y administrarse medicamentos contra el asma: Sí No
 (Esta autorización estará vigente durante un año como máximo desde la fecha de la firma).

Nombre del proveedor/credenciales: _____ Firma: _____ Fecha: _____

Teléfono del proveedor: _____ Dirección del proveedor: _____

