



MI PLAN DE ACCIÓN CONTRA EL ASMA

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

Nombre del paciente: _____

Fecha de nacimiento: _____

Nombre del padre: _____

Teléfono: _____

Teléfono móvil: _____

Clasificación de la gravedad del asma

- Leve intermitente: síntomas \leq 2 días/semana; \leq 2 noches/mes
 Moderado persistente: síntomas a diario; \geq 5 noches/mes

- Leve persistente: síntomas $>$ 2 días/semana; 3-4 noches/mes
 Grave persistente: síntomas continuos; noches frecuentes

VERDE = ¡ADELANTE!

Me siento bien

- Respiro bien, y
- No tengo tos ni jadeo, y
- Puedo trabajar o jugar con normalidad, y

El índice del flujo máximo es de:

_____ a _____
80% 100%



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

Medicamento	Cantidad	Frecuencia

5 a 20 minutos antes de hacer deporte o ejercicio tome:

_____ inhalaciones de Albuterol utilizando un espaciador

AMARILLA = ¡ACTÚE!

No me siento bien



- Congestionado o presión en el pecho o,
- Tos o,
- Jadeo o, Falta de aliento o respiración rápida

o...el índice del flujo máximo es de:

_____ a _____
50% 79%

Continúe tomando el medicamento diario de la zona verde y empiece a tomar el medicamento de alivio rápido (Albuterol) en casa o en la escuela para evitar que su asma empeore.

1. Comience a tomar Albuterol (el inhalador con el espaciador o con la máquina) ahora: 1 inhalación; espere un minuto y repita.
2. Si no mejora en 30 minutos, repita _____ inhalaciones.
3. Si mejora, entonces _____ inhalaciones cada _____ horas, según lo necesite.

Si no mejora después de tomar 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

- La medicina no está ayudando o,
- Me cuesta mucho respirar o,
- Tengo tos incontrolada, u
- Opresión grave en el pecho/congestión o,
- Dificultad al hablar o caminar (EMERGENCIA) o,
- Labios/uñas azules o somnolencia (EMERGENCIA)



o...el índice del flujo máximo es de:

_____ a _____
0% 49%

Tome un medicamento de alivio rápido y busque ayuda de su médico AHORA!

1. Tome Albuterol de inmediato: _____ inhalaciones o por máquina y
2. Tome un esteroide oral: _____ mg. y
3. Repita _____ inhalaciones de Albuterol o, si es necesario. Administre el medicamento a máquina, y

Vaya a la sala de emergencias/llame al 911 o vaya a su médico o clínica AHORA. ¡No espere!

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

Autorización y exención de responsabilidad del padre/tutor: Solicito que la escuela ayude a mi hijo 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 puede llevar y administrarse medicamentos contra el asma y libero de toda responsabilidad al distrito escolar y a sus trabajadores si mi hijo sufre cualquier reacción adversa por haberse administrado los medicamentos contra el asma. Sí No

Nombre del padre/tutor: _____ (en letra de molde) Firma: _____ Fecha: _____

Proveedor de atención médica: Mi firma concede autorización para las órdenes arriba mencionadas. Entiendo que todos los procedimientos se implementarán de acuerdo a las leyes y la reglamentación estatal. El estudiante puede llevar y administrarse medicamentos contra el asma: Sí No

Nombre del proveedor/credenciales: _____ (en letra de molde) Firma: _____ Fecha: _____

Teléfono del proveedor: _____ Dirección del proveedor: _____

