



Complete con su médico.



Mi Plan de Acción Contra el Asma

Nombre: _____ Fecha de nacimiento: _____

Nombre del médico: _____ Número de teléfono del médico: _____

Contacto para emergencias: _____ Teléfono del contacto para emergencias: _____

- Mis desencadenantes son:** Polen Contaminación atmosférica Moho Ácaros del polvo Humo Olores fuertes
- Cucarachas Ejercicio Animales Resfriados Estrés No tomar su medicamento para el asma
- Comida _____ Otro _____

El nivel de mi asma es: 1 Intermitente 2 Persistente 3 Moderado Persistente 4 Severo Persistente

Me siento BIEN (zona verde)

- Mi respiración es buena, y
- No tengo tos, opresión en el pecho ni sibilancia, y
- Puedo trabajar y hacer ejercicio fácil



Tome medicamentos de control del asma a largo plazo todos los días.

Medicamento: _____ Cómo se toma: _____ Cuánto: _____ Cuándo: _____ veces por día

_____ veces por día

_____ veces por día

Valores del flujo máximo:

_____ a _____

Entre 15 y 20 minutos antes de hacer ejercicio o practicar deportes, inhale _____ dosis de _____ con un espaciador.

NO me siento bien (zona amarilla)

- Tos o sibilancia, o
- Opresión en el pecho, o
- Dificultad para respirar, o
- Me despierto por la noche, o
- No puedo hacer todas las actividades (trabajo y ejercicio)



INHALE _____ dosis de medicamento de alivio rápido. Si no vuelve a la zona verde dentro de los 20 a 30 minutos siguientes, inhale _____ dosis más.

Medicamento: _____ Cómo se toma: _____ Cuánto: _____ Cuándo: _____ cada _____ horas

SIGA USANDO _____ medicamentos de control a largo plazo.

Medicamento: _____ Cómo se toma: _____ Cuánto: _____ Cuándo: _____ veces por día

_____ veces por día

Valores del flujo máximo:

_____ a _____

Llame a su médico si el medicamento de alivio rápido no funciona O si estos síntomas se presentan más de dos veces por semana.

Me siento MUY MAL (zona roja)

- El medicamento no me ayuda, o
- Mi respiración es dificultosa o acelerada, o
- No puedo hablar o caminar bien, o
- Dolor en el pecho, o
- Me asusto



¡Obtenga ayuda ahora! Tome estos medicamentos de alivio rápido hasta que reciba atención de emergencia:

Medicamento: _____ Cómo se toma: _____ Cuánto: _____ Cuándo: _____ veces por día

_____ veces por día

_____ veces por día

Valores del flujo máximo:

Menos de _____

Obtenga atención de emergencia/Llame al 911 si no puede caminar o hablar porque le cuesta demasiado respirar O se siente somnoliento O tiene los labios o las uñas de color gris o azul. **¡NO ESPERE!**

Firme aquí

Firma de médico: _____ Fecha: _____

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: _____