



# My Asthma Action Plan

Name: \_\_\_\_\_ Date of Birth: \_\_\_\_\_

Emergency Contact: \_\_\_\_\_ Emergency Contact Phone: \_\_\_\_\_


School: \_\_\_\_\_ Phone: \_\_\_\_\_

- My triggers are:**  Pollen  Air pollution  Mold  Dust mites  Smoke  Strong smells  Cockroaches  
 Exercise  Animals  Colds  Stress  Not taking your asthma medicine  Food \_\_\_\_\_  Other \_\_\_\_\_

**My asthma level is:**  1 Intermittent  2 Mild Persistent  3 Moderate Persistent  4 Severe Persistent

**GREEN**  
I feel GOOD

- Breathing is good
- No cough or wheeze
- Can work and play



Peak Flow Number \_\_\_\_\_ to \_\_\_\_\_  
(80-100% of personal best)

**PREVENT asthma symptoms every day:** *(Rinse mouth after using inhalers)*

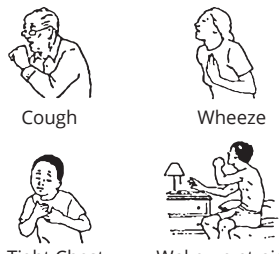
DHS Formulary Medicine:	How much:	When:
<input type="checkbox"/> QVAR® 40, 80mcg	_____ Puffs	_____ times per day
<input type="checkbox"/> Flovent® 44 <sup>1</sup> , 110 <sup>1</sup> , 220 <sup>2</sup> mcg	_____ Puffs	_____ times per day
<input type="checkbox"/> PULMICORT® <sup>3</sup> 90, 180mcg	_____ Puffs	_____ times per day
<input type="checkbox"/> Advair® <sup>4</sup> 100/50, 250/50mcg	_____ Puffs	_____ times per day
<input type="checkbox"/> Dulera® <sup>5</sup> 100/5, 200/5mcg	_____ Puffs	_____ times per day
<input type="checkbox"/> Montelukast 4, 5, 10mg	_____ Tablets	_____ times per day
<input type="checkbox"/> Budesonide® <sup>6</sup> 0.25, 0.5mg	in nebulizer	_____ times per day

**20 minutes before exercise, use this medicine:** \_\_\_\_\_

<sup>1</sup>Restricted to children; <sup>2</sup>Allergy use only; <sup>3</sup>Restricted to pregnancy; <sup>4</sup>Restricted to children <12; <sup>5</sup>Restricted to children ≥ 12; <sup>6</sup>Restricted to children <9

**YELLOW**  
If Do NOT feel GOOD

- Cough or wheeze
- Difficulty breathing
- Wake up at night



Peak Flow Number \_\_\_\_\_ to \_\_\_\_\_  
(50-80% of personal best)

**SLOW DOWN & take relief medicine:** *(Rinse mouth after using inhalers)*

DHS Formulary Medicine:	How much:	When:
<input type="checkbox"/> Albuterol/*levalbuterol	_____ Puffs	_____ times per day
<input type="checkbox"/> Albuterol/*levalbuterol	in nebulizer	_____ times per day


(\*only if on Managed Care formulary)

**ALSO CONTINUE/INCREASE your preventive medicine:**

DHS Formulary Medicine:	How much:	When:
<input type="checkbox"/> QVAR® 40, 80mcg	_____ Puffs	_____ times per day
<input type="checkbox"/> Flovent® 44 <sup>1</sup> , 110 <sup>1</sup> , 220 <sup>2</sup> mcg	_____ Puffs	_____ times per day
<input type="checkbox"/> PULMICORT® <sup>3</sup> 90, 180mcg	_____ Puffs	_____ times per day
<input type="checkbox"/> Advair® <sup>4</sup> 100/50, 250/50mcg	_____ Puffs	_____ times per day
<input type="checkbox"/> Dulera® <sup>5</sup> 100/5, 200/5mcg	_____ Puffs	_____ times per day
<input type="checkbox"/> Montelukast ® <sup>4</sup> 4, 5, 10mg	_____ Tablets	_____ times per day
<input type="checkbox"/> Budesonide® <sup>6</sup> 0.25, 0.5mg	in nebulizer	_____ times per day

**RED**  
If feel Awful

- Medicine not helping
- Breathing hard, fast
- Can't talk/walk well



Peak Flow Number \_\_\_\_\_ to \_\_\_\_\_  
(<50% of personal best)

**MEDICAL ALERT - GET HELP NOW! Call your doctor at** \_\_\_\_\_

Take these medicines until you talk to the doctor or for school, until you talk to the parent:

DHS Formulary Medicine:	How much:	When:
<input type="checkbox"/> Albuterol/*levalbuterol	_____ Puffs	_____ times per day
<input type="checkbox"/> Albuterol/*levalbuterol	in nebulizer	_____ times per day

(\*only if on Managed Care formulary)

Prednisone (1-2mg/kg/day) \_\_\_\_\_ Tablets as follows: \_\_\_\_\_

Prednisone 15mg/5cc; 5mg/5cc \_\_\_\_\_ Teaspoons as follows: \_\_\_\_\_

Continue to use **all** medications in the yellow zone - shaded box

Don't wait - Call 911 if your asthma is severe or if no improvement after medicine

**Health Care Provider:** My signature provides authorization for the above written orders. I understand that all procedures will be implemented in accordance with state laws and regulations. Student may carry and self-administer asthma medications:  Yes  No (This authorization is for a maximum of one year from signature date.)

Print Provider Name/Credentials: \_\_\_\_\_ Signature: \_\_\_\_\_ Date: \_\_\_\_\_

Provider Phone #: \_\_\_\_\_ Provider Address: \_\_\_\_\_

Print Name of Supervising Physician (if NP, Midwife, or PA) \_\_\_\_\_ Furnishing # N.P or Midwife \_\_\_\_\_

**Authorization and Disclaimer from Parent/Guardian:** I request that the school assist my child with the above asthma medications and the asthma action plan in accordance with state laws and regulations.  Yes  No

My child may carry and self-administer asthma medications and I agree to release the school district and school personnel from all claims of liability if my child suffers any adverse reactions from self-administration of asthma medications.  Yes  No

Print Parent/Guardian Name: \_\_\_\_\_ Signature: \_\_\_\_\_ Date: \_\_\_\_\_



# Mi Plan de Acción Contra el Asma

Nombre: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_

Contacto para emergencias: \_\_\_\_\_ Teléfono del contacto para emergencias: \_\_\_\_\_

Escuela: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

**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 Intermittente  2 Persistente  3 Moderado Persistente  4 Severo Persistente

<b>VERDE</b> Me Siento Bien	<ul style="list-style-type: none"> <li>Respiro bien</li> <li>No tengo tos ni respiración con sibilancia</li> <li>Puedo trabajar y jugar</li> </ul>	<p><b>PREVENGA los síntomas del asma cada día:</b> (Enjuáguese la boca después de usar inhaladores)</p> <p><b>Lista de Medicamentos DHS:</b></p> <table border="0"> <tr> <td><input type="checkbox"/> QVAR® 40, 80mcg</td> <td>_____ Atomizaciones</td> <td>_____ veces al día</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Flovent® 44<sup>1</sup>, 110<sup>1</sup>, 220<sup>2</sup>mcg</td> <td>_____ Atomizaciones</td> <td>_____ veces al día</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> PULMICORT®<sup>3</sup> 90, 180mcg</td> <td>_____ Atomizaciones</td> <td>_____ veces al día</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Advair®<sup>4</sup> 100/50, 250/50mcg</td> <td>_____ Atomizaciones</td> <td>_____ veces al día</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Dulera®<sup>5</sup> 100/5, 200/5mcg</td> <td>_____ Atomizaciones</td> <td>_____ veces al día</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Montelukast 4, 5, 10mg</td> <td>_____ Atomizaciones</td> <td>_____ veces al día</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Budesonide®<sup>6</sup> 0.25, 0.5mg</td> <td>en nebulizador</td> <td>_____ veces al día</td> </tr> </table>	<input type="checkbox"/> QVAR® 40, 80mcg	_____ Atomizaciones	_____ veces al día	<input type="checkbox"/> Flovent® 44 <sup>1</sup> , 110 <sup>1</sup> , 220 <sup>2</sup> mcg	_____ Atomizaciones	_____ veces al día	<input type="checkbox"/> PULMICORT® <sup>3</sup> 90, 180mcg	_____ Atomizaciones	_____ veces al día	<input type="checkbox"/> Advair® <sup>4</sup> 100/50, 250/50mcg	_____ Atomizaciones	_____ veces al día	<input type="checkbox"/> Dulera® <sup>5</sup> 100/5, 200/5mcg	_____ Atomizaciones	_____ veces al día	<input type="checkbox"/> Montelukast 4, 5, 10mg	_____ Atomizaciones	_____ veces al día	<input type="checkbox"/> Budesonide® <sup>6</sup> 0.25, 0.5mg	en nebulizador	_____ veces al día
	<input type="checkbox"/> QVAR® 40, 80mcg	_____ Atomizaciones	_____ veces al día																				
<input type="checkbox"/> Flovent® 44 <sup>1</sup> , 110 <sup>1</sup> , 220 <sup>2</sup> mcg	_____ Atomizaciones	_____ veces al día																					
<input type="checkbox"/> PULMICORT® <sup>3</sup> 90, 180mcg	_____ Atomizaciones	_____ veces al día																					
<input type="checkbox"/> Advair® <sup>4</sup> 100/50, 250/50mcg	_____ Atomizaciones	_____ veces al día																					
<input type="checkbox"/> Dulera® <sup>5</sup> 100/5, 200/5mcg	_____ Atomizaciones	_____ veces al día																					
<input type="checkbox"/> Montelukast 4, 5, 10mg	_____ Atomizaciones	_____ veces al día																					
<input type="checkbox"/> Budesonide® <sup>6</sup> 0.25, 0.5mg	en nebulizador	_____ veces al día																					
Valores de flujo máximo _____ a _____ (80-100% de su rendimiento)	<p><b>Utilice este medicamento 20 minutos antes de ejercitarse:</b> _____</p> <p><sup>1</sup>Uso limitado a niños; <sup>2</sup>Utilice sólo en caso de alergia; <sup>3</sup>Uso limitado durante el embarazo; <sup>4</sup>Limitado a niños &lt;12; <sup>5</sup>Limitado a niños ≥12; <sup>6</sup>restricted to children &lt;9</p>																						

<b>AMARILLO</b> NO me Siento Bien	<ul style="list-style-type: none"> <li>El medicamento no me ayuda</li> <li>Respiro rápido</li> <li>No puedo habla/caminar bien</li> </ul>	<p><b>RELAJESE y tome medicamento de alivio rápido:</b> (Enjuáguese la boca después de usar)</p> <p><b>Lista de Medicamentos DHS:</b></p> <table border="0"> <tr> <td><input type="checkbox"/> Albuterol/*levalbuterol</td> <td>_____ Atomizaciones</td> <td>_____ veces al día</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Albuterol/*levalbuterol</td> <td>en nebulizador</td> <td>_____ veces al día</td> </tr> </table> <p>(*Sólo si esta en la lista de medicamentos de Managed Care)</p> <p><b>CONTINUAR/AUMENTAR la dosis de su medicamento preventivo:</b></p> <table border="0"> <tr> <td><input type="checkbox"/> QVAR® 40, 80mcg</td> <td>_____ Atomizaciones</td> <td>_____ veces al día</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Flovent® 44<sup>1</sup>, 110<sup>1</sup>, 220<sup>2</sup>mcg</td> <td>_____ Atomizaciones</td> <td>_____ veces al día</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> PULMICORT®<sup>3</sup> 90, 180mcg</td> <td>_____ Atomizaciones</td> <td>_____ veces al día</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Advair®<sup>4</sup> 100/50, 250/50mcg</td> <td>_____ Atomizaciones</td> <td>_____ veces al día</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Dulera®<sup>5</sup> 100/5, 200/5mcg</td> <td>_____ Atomizaciones</td> <td>_____ veces al día</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Montelukast®<sup>4</sup> 4, 5, 10mg</td> <td>_____ Atomizaciones</td> <td>_____ veces al día</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Budesonide®<sup>6</sup> 0.25, 0.5mg</td> <td>en nebulizador</td> <td>_____ veces al día</td> </tr> </table>	<input type="checkbox"/> Albuterol/*levalbuterol	_____ Atomizaciones	_____ veces al día	<input type="checkbox"/> Albuterol/*levalbuterol	en nebulizador	_____ veces al día	<input type="checkbox"/> QVAR® 40, 80mcg	_____ Atomizaciones	_____ veces al día	<input type="checkbox"/> Flovent® 44 <sup>1</sup> , 110 <sup>1</sup> , 220 <sup>2</sup> mcg	_____ Atomizaciones	_____ veces al día	<input type="checkbox"/> PULMICORT® <sup>3</sup> 90, 180mcg	_____ Atomizaciones	_____ veces al día	<input type="checkbox"/> Advair® <sup>4</sup> 100/50, 250/50mcg	_____ Atomizaciones	_____ veces al día	<input type="checkbox"/> Dulera® <sup>5</sup> 100/5, 200/5mcg	_____ Atomizaciones	_____ veces al día	<input type="checkbox"/> Montelukast® <sup>4</sup> 4, 5, 10mg	_____ Atomizaciones	_____ veces al día	<input type="checkbox"/> Budesonide® <sup>6</sup> 0.25, 0.5mg	en nebulizador	_____ veces al día
	<input type="checkbox"/> Albuterol/*levalbuterol	_____ Atomizaciones	_____ veces al día																										
<input type="checkbox"/> Albuterol/*levalbuterol	en nebulizador	_____ veces al día																											
<input type="checkbox"/> QVAR® 40, 80mcg	_____ Atomizaciones	_____ veces al día																											
<input type="checkbox"/> Flovent® 44 <sup>1</sup> , 110 <sup>1</sup> , 220 <sup>2</sup> mcg	_____ Atomizaciones	_____ veces al día																											
<input type="checkbox"/> PULMICORT® <sup>3</sup> 90, 180mcg	_____ Atomizaciones	_____ veces al día																											
<input type="checkbox"/> Advair® <sup>4</sup> 100/50, 250/50mcg	_____ Atomizaciones	_____ veces al día																											
<input type="checkbox"/> Dulera® <sup>5</sup> 100/5, 200/5mcg	_____ Atomizaciones	_____ veces al día																											
<input type="checkbox"/> Montelukast® <sup>4</sup> 4, 5, 10mg	_____ Atomizaciones	_____ veces al día																											
<input type="checkbox"/> Budesonide® <sup>6</sup> 0.25, 0.5mg	en nebulizador	_____ veces al día																											
Valores de flujo máximo _____ a _____ (50-80% de su rendimiento)																													

<b>ROJO</b> Me Siento Muy Mal	<ul style="list-style-type: none"> <li>El medicamento no me ayuda</li> <li>Respiro rápido</li> <li>No puedo habla/caminar bien</li> </ul> <div style="border: 2px solid black; padding: 5px; display: inline-block; transform: rotate(45deg);">                 Repetir albuterol/levalbuterol en 20 minutos si es necesario x 3             </div>	<p><b>ALERTA MEDICA - ¡CONSIGA AYUDA! Llame a su médico al _____</b></p> <p>Tome estos medicamentos hasta que hable con su médico o, si se encuentra en la escuela, hasta que hable con los padres:</p> <p><b>Lista de Medicamentos DHS:</b></p> <table border="0"> <tr> <td><input type="checkbox"/> Albuterol/*levalbuterol</td> <td>_____ Atomizaciones</td> <td>_____ veces al día</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Albuterol/*levalbuterol</td> <td>en nebulizador</td> <td>_____ veces al día</td> </tr> </table> <p>(*Sólo si esta en la lista de medicamentos de Managed Care)</p> <table border="0"> <tr> <td><input type="checkbox"/> Prednisone (1-2mg/kg/día)</td> <td>_____ Tabletas de la siguiente manera:</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Prednisone 15mg/5cc; 5mg/5cc</td> <td>_____ Cucharaditas de la siguiente manera:</td> </tr> </table> <p style="border: 1px solid black; padding: 2px; display: inline-block;">Siga usando todos los medicamentos en la zona amarilla - cuadro sombreado</p> <p style="border: 2px solid black; padding: 5px; display: inline-block; font-weight: bold;">No espere - Llame al 911 si su asma empeora o no mejora después de tomar el medicamento</p>	<input type="checkbox"/> Albuterol/*levalbuterol	_____ Atomizaciones	_____ veces al día	<input type="checkbox"/> Albuterol/*levalbuterol	en nebulizador	_____ veces al día	<input type="checkbox"/> Prednisone (1-2mg/kg/día)	_____ Tabletas de la siguiente manera:	<input type="checkbox"/> Prednisone 15mg/5cc; 5mg/5cc	_____ Cucharaditas de la siguiente manera:
	<input type="checkbox"/> Albuterol/*levalbuterol	_____ Atomizaciones	_____ veces al día									
<input type="checkbox"/> Albuterol/*levalbuterol	en nebulizador	_____ veces al día										
<input type="checkbox"/> Prednisone (1-2mg/kg/día)	_____ Tabletas de la siguiente manera:											
<input type="checkbox"/> Prednisone 15mg/5cc; 5mg/5cc	_____ Cucharaditas de la siguiente manera:											
Valores de flujo máximo _____ a _____ (<50% de su rendimiento)												

**Health Care Provider:** My signature provides authorization for the above written orders. I understand that all procedures will be implemented in accordance with state laws and regulations. Student may carry and self-administer asthma medications:  Yes  No (This authorization is for a maximum of one year from signature date.)

Print Provider Name/Credentials: \_\_\_\_\_ Signature: \_\_\_\_\_ Date: \_\_\_\_\_

Provider Phone #: \_\_\_\_\_ Provider Address: \_\_\_\_\_

Print Name of Supervising Physician (if NP, Midwife, or PA) \_\_\_\_\_ Furnishing # N.P or Midwife \_\_\_\_\_

**Autorización y descargo 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 regulaciones estatales.  Si  No

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

Nombre del padre/tutor: \_\_\_\_\_ Firma: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_