

Plan De Acción Para El Asma

SEVERIDAD DEL ASMA:

Nombre del paciente: _____

Peso: _____ Fecha de nacimiento: _____ Mejor flujo máximo: _____

Nombre del proveedor principal de servicios médicos: _____ Teléfono: _____

Nombre de la clínica principal de servicios médicos: _____

Cosas que provocan síntomas: _____

ZONA VERDE
"¡Avance! ¡Toda está bien!"



Rango de Flujo Máximo
(80-100% de valor mejor)



-Es fácil respirar
-Puede jugar, trabajar y dormir sin síntomas de asma.

La **ZONA VERDE** significa que debe tomar diariamente las siguientes medicinas.
Medicinas controladoras: _____ Dosis: _____

Espaciador usado: _____
Tome esta medicina como sea necesario 10-20 minutos antes de hacer deporte u otra actividad extenuante.

ZONA AMARILLA
"Precaución..."



Rango de Flujo Máximo
(50-80% de valor mejor)



-Se despierta durante la noche



-Tose y silba



-Presión en el pecho

La **ZONA AMARILLA** significa que debe continuar tomando diariamente las medicinas controladoras indicadas para la Zona Verde. Incluye las siguientes medicinas dilatadoras para evitar el empeoramiento de los síntomas.
Medicinas de alivio rápido: _____ Dosis: _____

Si tiene síntomas de un resfriado, llame a su médico antes de empezar a tomar los esteroides orales.

Use 2-4 inhalaciones de su medicina de alivio rápido, cada 20 minutos durante una hora; o use el nebulizador una vez. Si no mejoran los síntomas o usted no regresa a la zona verde después de 1 hora, siga las instrucciones de la zona roja.
Si permanece en la zona amarilla por más de 12-24 horas, llame al médico. Si empeoran los síntomas de respiración, llame al médico.

ZONA ROJA
"¡ALTO!"
"¡Alerta médica!"



Rango de Flujo Máximo
(por debajo de 50% de valor mejor)



-La medicina no está ayudando
-Se abre bien la nariz para respirar
-La respiración es difícil y rápida
-No puede caminar
-No puede hablar bien
-Se ven las costillas

La **ZONA ROJA** significa que debe tomar las medicinas para la Zona Roja y llamar a su médico **¡¡¡INMEDIATAMENTE!!!** Tome estas medicinas mientras logra comunicarse con el médico. Si no mejoran los síntomas y no puede comunicarse con el médico, vaya a la sala de emergencias o llame inmediatamente al 911.
Medicinas de alivio rápido: _____ Dosis: _____

Yo autorizo el uso de este plan de acción para el asma a las siguientes personas/instituciones con el fin de compartir información sobre el asma de mi niño/a durante un año, a partir de hoy, para que puedan trabajar juntos y ayudar a mi niño/a con el control de su asma. Este plan de acción, una vez firmado y fechado, puede reemplazar o suplementar el formulario de la escuela o del cuidado infantil que da consentimiento para suministrar medicina, y permite que se le de a mi niño/a su medicina en la escuela o el cuidado infantil.

La escuela de mi niño/a/la enfermería de la escuela _____ Clínica/hospital de mi niño/a _____
 Proveedor de cuidado infantil _____ Enfermera visitante/agencia de cuidado en el hogar _____
 Manejo del caso de aseguranza/programa educativo _____ Entrenador _____
 El alumno puede llevar esta medicina a escuela usarla allí después de que lo apruebe la enfermera.
 Mi niño/a es permitido administrarse a sí mismo los medicamentos

Fecha _____ Firma del padre/madre _____
Firma de MD/NP/PA _____