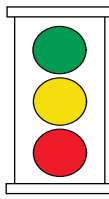


Nombre: _____

Fecha de nacimiento: _____

Diagnóstico: _____



PLAN DE ACCIÓN PARA CONTROLAR EL ASMA

- Los colores del semáforo le muestran cuando usar sus medicinas.
1. VERDE significa SIGA ADELANTE. Use sus medicinas preventivas todos los días.
 2. AMARILLO significa PRECAUCIÓN. Use medicinas para alivio rápido.
 3. ROJO significa ¡PELIGRO! Use medicinas adicionales y llame a su doctor ¡INMEDIATAMENTE!

VERDE significa ¡SIGA!

USE LAS MEDICINAS PREVENTIVAS TODOS LOS DÍAS

- * La respiración está bien
- * Sin tos o pillido/silbido
- * Puede trabajar y jugar



☐ No aplicable (no usa medicamentos de prevención)

Medicina	Dosis	Horario	¿Tomarlo en:	
			casa?	escuela?
			☐	☐
			☐	☐
			☐	☐

20 minutos antes de hacer ejercicio,
use esta medicina según sea necesario

**Si es necesario más de una vez al día,
comunicarse con su médico**

AMARILLO significa ¡PRECAUCIÓN!

EMPIECE A TOMAR MEDICAMENTOS DE ALIVIO RÁPIDO



Pecho Apretado



Silbido



Tos de día o de noche

1. TOME MEDICINAS DE ALIVIO RÁPIDO PARA EVITAR QUE UN ATAQUE DE ASMA EMPEORE
2. SIGA TOMANDO LAS MEDICINAS DE LA ZONA VERDE

Medicina	Dosis	Horario	¿Tomarlo en:	
			casa?	escuela?
			☐	☐
			☐	☐

***Si NO se siente mucho mejor 20-60 minutos después de tomar las medicinas
de la ZONA AMARILLA, SIGA LA ZONA ROJA.**

***SI LOS SÍNTOMAS CONTINÚAN DURANTE 12 A 24 HORAS, LLAME A SU MÉDICO**

ROJO significa ¡PELIGRO!

¡ VAYA AL DOCTOR, YA!

- * La medicina no está ayudando
- * La respiración es difícil y rápida
- * La nariz se abre mucho para respirar
- * No puede hablar bien



**¡VAYA AL CONSULTORIO DEL MÉDICO O A LA SALA DE EMERGENCIAS!
TOME ESTAS MEDICINAS HASTA QUE CONSULTE AL MÉDICO.**

Medicina	Dosis

Puede repetir esta dosis
20 minutos aparte



**LLAME AL 911 (EMS) si: Los labios o las uñas de los dedos están azules, o tiene
dificultad para respirar, o no se siente o no se ve mejor en 20-30 minutos**

☐ Días de alerta de calidad del aire: La recomendación nacional es evitar el ejercicio al aire libre cuando los niveles de contaminación del aire son altos. **Recomendaciones del médico para autoadministración de las medicinas:**

Physician recommendations for medication self-administration: (Health Care Provider must select one below)

- ☐ He instruido al estudiante nombrado sobre la manera adecuada de usar sus medicinas. En mi opinión profesional, se debe permitirle traer y autoadministrarse las medicinas arriba mencionadas, mientras está en las propiedades de la escuela o en eventos relacionados a la escuela. (Optional for middle & high school students. NOT recommended for elementary students.) Student may self-carry inhaler
- ☐ En mi opinión profesional, el estudiante nombrado NO deberá traer ni autoadministrarse su medicina (s) para el asma, mientras está en las propiedades de la escuela o en eventos relacionados a la escuela. (Recommended for all elementary students). Student should not self-carry inhaler

Nombre del Proveedor del Cuidado

Firma del Proveedor del Cuidado de la Salud

Teléfono

Fecha

Yo, _____ estoy de acuerdo con las recomendaciones del médico de mi hijo(a) como se indicó anteriormente y doy permiso para que mi hijo(a) reciba los medicamentos anteriores según las indicaciones. También doy permiso para que el médico de mi hijo(a) y la enfermera de la escuela compartan información escrita o verbal durante este año escolar.

Firma del padre (madre)/ tutor

Fecha

Teléfono de Casa

Teléfono de Trabajo

Teléfono de Celular

