

Nombre del Paciente: _____ Peso: _____

SEVERIDAD DEL ASMA:

Fecha de nacimiento: _____ Flujo máximo pronóstico: _____

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

Nombre de la clínica principal de servicios médicos: _____

Cosas que provocan síntomas: _____

ZONA VERDE

"¡Avance!"

"¡Todo está bien!"



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

Rango de Flujo Máximo:

_____ to _____

(80-100% de valor mejor)

La **ZONA VERDE** significa que debe tomar diariamente las siguientes medicinas.

Medicinas controladoras: _____

Dosis: _____

Espaciador usado: _____

Tome esta medicina si es necesario 10-20 minutos antes de hacer deporte u otra actividad extenuante.

ZONA AMARILLA

"Precaución..."



- Se despierta durante la noche

Rango de Flujo Máximo:

_____ to _____

(50-80% de valor mejor)



- 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.

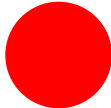
Use 2-4 inhalaciones de su medicina de alivio rápido, cada 20 minutos durante una hora; o use el nebulizador una vez. Si no mejoran los síntomas o usted no regresa a la zona verde después de 1 hora, siga las instrucciones de la zona roja.

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!"



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

Rango de Flujo Máximo:

_____ to _____

(por debajo de 50% de valor mejor)

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: _____

_____ This Asthma Action Plan provides authorization for the administration of medications described in the AAP.

_____ This child has the knowledge and skills to self-administer rescue medication at school.

Date _____ MD/NP/PA Signature _____

Doy mi autorización para que las siguientes personas utilicen este plan de acción contra el asma para compartir información entre ellos acerca del asma que padece mi hijo. Comprendo que esta autorización tendrá validez por un año, pero que puede ser revocada en cualquier momento a petición mía, por escrito o telefónicamente.

(Añadir los nombres de las personas que correspondan)

MD/NP/PA _____ Escuela/Oficina de salud de la escuela _____ Clínica/Hospital _____
 Guardería _____ Otro _____ Entrenador _____

Esta autorización podrá reemplazar o complementar el consentimiento de la escuela/guardería para la administración de medicación y permite que se administre en la escuela/guardería la medicación de mi hijo. Mi hijo/a (marque uno con un círculo) **podrá / no podrá** llevar, auto-administrarse y utilizar medicación de rescate en la escuela después de la aprobación de la Enfermera escolar, según corresponda. Fecha _____ Firma del padre/madre/tutor _____