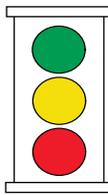


Nombre: _____

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

- 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?



Tos de día o de noche

*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 el 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

