



PLAN DE ACCIÓN PARA EL ASMA

Nombre	Escuela	FECHA DE NACIMIENTO / /	NO ESCRIBA EN ESTE ESPACIO Colocar etiqueta del paciente aquí
Proveedor de atención médica (en letra de molde)	Teléfono del proveedor		
Padre de familia/tutor	Teléfono del padre de familia		
Diagnóstico de la severidad del asma _____ Intermitente _____ Persistente		Factores desencadenantes del asma (lo que hace que su asma empeore): <input type="checkbox"/> humo <input type="checkbox"/> resfríos <input type="checkbox"/> ejercicio <input type="checkbox"/> animales <input type="checkbox"/> polvo <input type="checkbox"/> alimentos <input type="checkbox"/> clima <input type="checkbox"/> otros _____	


Zona verde: ¡Adelante! Tome estos medicamentos de CONTROL (PREVENCIÓN) todos los días

	Usted tiene TODO esto: • La respiración es fácil • No hay tos o silbidos • Puede trabajar y jugar • Puede dormir toda la noche	<input type="checkbox"/> No necesita medicinas de control. <input type="checkbox"/> Continuar medicina: <input type="checkbox"/> Nueva medicina: _____ Para asma con ejercicio, AGREGAR: <input type="checkbox"/> _____, _____ dosis de inhalador con inhalocámara 15 minutos antes de hacer ejercicio Siempre enjuague la boca después de usar su inhalador diariamente.
---	--	--

Zona amarilla: ¡Precaución! Continuar con las medicinas de CONTROL y AGREGAR medicina de RESCATE

	Usted tiene ALGUNO de estos: • Tos o silbidos leves • Opresión del pecho • Problemas para dormir, trabajar o jugar	Tome su medicina de control todos los días y agregue esta medicina de rescate cuando tenga problemas respiratorios: <input type="checkbox"/> Inhalador de Albuterol 90 mcg (Ventolin, Proventil, ProAir, Xopenex) 2 dosis de inhalador cada 4 horas solo si es necesario . Siempre use una inhalocámara, (algunos niños pueden necesitar una mascarilla). <input type="checkbox"/> Nebulizador con Albuterol 2.5 mg/3 ml, o una dosis de Levalbuterol (Xopenex) 0.63 %/3 ml cada 4 horas solo si es necesario . • Si el Albuterol no hace efecto dentro de una hora, administre otra dosis y LLAME AL MÉDICO. • Si utiliza Albuterol más de 4 veces en 24 horas, LLAME A SU MÉDICO.
--	---	--

Zona roja: ¡EMERGENCIA! Continúe con las medicinas de CONTROL y de RESCATE y ¡PIDA AYUDA!

	Usted tiene ALGUNO de estos: • Mucha dificultad para respirar • La medicina no lo está ayudando • Respira con dificultad y rápidamente	<input type="checkbox"/> Inhalador de Albuterol 90 mcg (Ventolin, Proventil, ProAir, Xopenex) 4 dosis de inhalador cada 15 minutos por 3 veces. Utilice una inhalocámara. O <input type="checkbox"/> Nebulizador con Albuterol 2.5 mg/3 ml o 0.63 %/3 ml Levalbuterol (Xopenex) 2 tratamientos de nebulización cada 15 minutos por 3 veces. <input type="checkbox"/> Otro _____ LLAME A SU MÉDICO CUANDO SE ADMINISTRE TRATAMIENTOS CON ALBUTEROL SI NO PUEDE COMUNICARSE CON SU MÉDICO: ¡Llame al 911 para solicitar una ambulancia o acuda directamente al Departamento de Emergencias!
---	---	---

SE REQUIERE AUTORIZACIÓN PARA TODOS LOS MEDICAMENTOS USADOS EN LA ESCUELA

Autorización del proveedor de atención médica: Solicito que se siga este plan como se indica. Este plan tiene una validez de 1 año escolar: 20__ - __
 Firma: _____ Fecha: _____

Permiso del padre o madre/tutor: Doy mi consentimiento para que la enfermera escolar administre las medicinas incluidas en este plan o para que el personal escolar capacitado asista a mi hijo(a) a que las tome o se las administre después de una revisión de la enfermera escolar. Este plan se compartirá con el personal de la escuela que atiende a mi hijo (a).
 Firma: _____ Fecha: _____

PERMISO OPCIONAL PARA USO INDEPENDIENTE DE MEDICINAS

Permiso del proveedor de atención médica para tener consigo y usar la medicina de manera independiente: Doy fe de que este estudiante me ha demostrado que puede autoadministrarse esta medicina de rescate de una manera efectiva y puede llevar consigo y utilizar esta medicina de manera independiente en la escuela sin supervisión del personal de la escuela.
 Firma: _____ Fecha: _____

Permiso del padre o madre/tutor para tener consigo y usar la medicina de manera independiente (si lo ordena el proveedor anterior): Estoy de acuerdo con que mi hijo(a) se autoadministrarse esta medicina de rescate de una manera efectiva y lleve consigo y utilice este medicamento de manera independiente en la escuela sin supervisión del personal de la escuela.
 Firma: _____ Fecha: _____

Follow up with primary doctor within 1 week or by (Date): _____ Phone: _____

Como utilizar el inhalador y el espaciador:



1. Quita el tapón del inhalador.



2. Agita el inhalador durante cinco segundos.



3. Introdúcelo en el espaciador y quítale el tapón.



4. Expira profundamente.



5. Coloca los labios alrededor de la boquilla.



6. Presiona aquí.



7. *Inspira **DESPACIO**, **PROFUNDAMENTE**.*



8. Aguanta la respiración durante 10 segundos si puedes. Después respira despacio.



Si necesitas otro soplo de medicina, espera 1 minuto y repite los pasos 5-9.



9. *Aclara la boca con agua y **ESCUPE**.*

Asthma Coalition
of Erie, Monroe & Niagara Counties

2564 Walden Ave, Suite 101
Buffalo, NY 14225
716-271-6388

American Lung Association

1-800-LUNG-USA (800-586-4872)*

*TTY for hearing impaired: 1-800-501-106