



PLAN DE ACCIÓN PARA EL ASMA

Nombre	Escuela	FECHA DE NACIMIENTO / /	<p>NO ESCRIBA EN ESTE ESPACIO</p> <p><i>Colocar etiqueta del paciente aquí</i></p>
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 <input type="checkbox"/> Intermítente <input type="checkbox"/> Persistente		Factores desencadenantes del asma (lo que hace que su asma empeore): <input type="checkbox"/> humo <input type="checkbox"/> resfriados <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

	<p>Usted tiene TODO esto:</p> <ul style="list-style-type: none"> • La respiración es fácil • No hay tos o silbidos • Puede trabajar y jugar • Puede dormir toda la noche 	<p><input type="checkbox"/> No necesita medicinas de control. <input type="checkbox"/> Continuar medicina: <input type="checkbox"/> Nueva medicina: _____</p> <p>Para asma con ejercicio, AGREGAR:</p> <p><input type="checkbox"/> _____, _____ dosis de inhalador con inhalocámara 15 minutos antes de hacer ejercicio</p> <p>Siempre enjuague la boca después de usar su inhalador diariamente.</p>
--	--	--

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

	<p>Usted tiene ALGUNO de estos:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Tos o silbidos leves • Opresión del pecho • Problemas para dormir, trabajar o jugar 	<p>Tome su medicina de control todos los días y agregue esta medicina de rescate cuando tenga problemas respiratorios:</p> <p><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).</p> <p><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.</p> <p>Si el Albuterol no hace efecto dentro de una hora, administre otra dosis y LLAME AL MÉDICO.</p> <p>Si se utiliza Albuterol más de 4 veces en 24 horas, LLAME A SU MÉDICO.</p>
--	---	--

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

	<p>Usted tiene ALGUNO de estos:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Mucha dificultad para respirar • La medicina no lo está ayudando • Respira con dificultad y rápidamente 	<p><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.</p> <p><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.</p> <p><input type="checkbox"/> Otro _____</p> <p>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!</p>
--	---	--

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 autoadministre 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:** _____

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 soplito 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