

**Plan de Acción para controlar el Asma** (Debe ser completado por el proveedor de servicios médicos) **Return Color Copy To The School Nurse**



Nombre \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento \_\_\_\_\_ Fecha de hoy \_\_\_\_\_

Escuela \_\_\_\_\_ Padre/persona al cuidado del niño/a \_\_\_\_\_ Número de teléfono del ó los padres \_\_\_\_\_

Nombre del proveedor de servicios médicos \_\_\_\_\_ Número de teléfono de la oficina del proveedor \_\_\_\_\_

Contacto de emergencia (además del padre) \_\_\_\_\_ Número de teléfono de contacto \_\_\_\_\_

Diagnóstico Severidad de Asma:  Suave Intermitente: Mild Intermittent (Síntomas Ataques de Asma < 2 veces/semana)  
 Moderada Persistente: Mild Persistent (Síntomas Ataques de Asma > 2 veces/semana)  
 Suave Persistente: Moderate Persistent (Síntomas Ataques de 3-6 veces/semana)  
 Severa Persistente: Sever Persistent (Ataques frecuentes de Asma)

Causas del asma:  Resfriados  Ejercicio  Mascotas peludas  Polvo  Humo de cigarrillo  
 Comida (alergias a alimentos)  Clima  Otro: \_\_\_\_\_

**Tome estas medicinas de larga duración**

El/la niño/a se siente bien:

- Respira bien
- No tiene tos o silbido
- Puede jugar o trabajar
- Duerme toda la noche



MEDICINA:	CUANTO:	CUANDO:

Verde

Flujo máximo en esta zona:  
\_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_

20 MINUTOS ANTES DE HACER EJERCICIO, TOMA ESTA MEDICINA:

--	--	--

SI NO SE SIENTE BIEN TOMA MEDICINA DE LARGA DURACIÓN Y **añada** ESTAS MEDICINAS DE ACCIÓN RÁPIDA

El/la niño/a tiene alguno de estas síntomas:

- Tos
- Silbido
- Presión en el pecho



MEDICINA:	CUANTO:	CUANDO:

Amarillo

Flujo máximo en esta zona:  
\_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_

Llame a la oficina del proveedor de servicios médicos si los síntomas no mejoran en 2 días O si duran por más de \_\_\_\_\_ días. Después de \_\_\_\_\_ días regrese a la ZONA VERDE y tome las medicinas de larga duración.

**¡SI SE SIENTE MUY MAL, LLAME AL PROVEEDOR AHORA!**

**TOME ESTAS MEDICINAS**

El/la niño/a tiene alguna de estos síntomas:

- La medicinas no ayudan
- Está respirando fuerte y rápido
- Los labios y las uñas están azules
- No puede caminar o hablar bien



MEDICINA:	CUANTO:	CUANDO:

Rojo

Flujo máximo en esta zona:  
\_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_

**SI NO PUEDE CONTACTAR SU PROVEEDOR:  
¡Llame al 911 o vaya a la sala de emergencia más cercana y traiga esta forma con Ud.!**

Doy mi consentimiento al doctor, enfermera, plan de seguro de salud, y otro proveedores de servicios médicos a compartir información sobre el asma de mi niño/a para mejorar la salud de él/ella.

Firma del padre o persona al cuidado del/a niño/a \_\_\_\_\_

Fecha \_\_\_\_\_

Firma del proveedor de servicios médicos \_\_\_\_\_

It is my professional opinion this child should carry his/her inhaled medication by him/herself.

Adaptado de NYC  
Childhood Asthma  
Initiative

Adaptado del  
NHLBI

Impreso 2004