

Nombre: _____
 Fecha de nacimiento: _____
 Escuela: _____



PLAN DE ACCIÓN PARA CONTROLAR EL ASMA
 Usted puede usar los colores del semáforo para ayudarse a aprender sobre sus medicinas.
 1. VERDE significa SIGA. Use sus medicinas preventivas todos los días.
 2. AMARILLO significa PRECAUCIÓN. Use medicinas para rápido alivio.
 3. ROJO significa ¡Peligro! Use medicinas adicionales y llame a su doctor ¡YA!

VERDE significa ¡SIGA!

- * La respiración está bien
- * Sin tos o pillido/silbido
- * Puede trabajar y jugar



USE LAS MEDICINAS PREVENTIVAS TODOS LOS DÍAS

☐ No es el caso (no usa medicamentos preventivos)

Medicina	Dosis	Horario	¿Tomarlo en: casa?	escuela?
_____	_____	_____	☐	☐
_____	_____	_____	☐	☐
_____	_____	_____	☐	☐

20 minutos antes de hacer ejercicio, use esta medicina: _____

AMARILLO significa ¡PRECAUCIÓN!

EMPIECE A TOMAR MEDICAMENTOS DE ALIVIO RÁPIDO



Tos



Silbido



Pecho Apretado Despertar en la Noche



COMIENCE A TOMAR LAS MEDICINAS PARA RÁPIDO ALIVIO, EVITANDO QUE EL ATAQUE DE ASMA EMPEORE Y SIGA TOMANDO LAS MEDICINAS DE LA ZONA VERDE

Medicina	Dosis	Horario	¿Tomarlo en: casa?	escuela?
_____	_____	_____	☐	☐
_____	_____	_____	☐	☐

cada 4 ó 6 horas

* Si NO se siente mejor en un lapso de 20 a 60 minutos siga el plan de la ZONA ROJA

** SI CONTINÚA CON ESTOS SÍNTOMAS POR UN LAPSO DE 12 A 24 HORAS, LLAME A SU DOCTOR

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 A UN DOCTOR O A UNA SALA DE EMERGENCIAS!

TOME ESTAS MEDICINAS HASTA QUE CONSULTE AL DOCTOR

Medicina	Dosis
_____	_____

Puede repetir esta dosis _____

con 20 minutos de intervalo



LLAME AL 911 (EMS) SI: Los labios o las uñas de los dedos están morados, o
 Está batallando para respirar, o
 No se siente o se ve mejor en un lapso de 20 a 30 minutos

Días de Alerta Para la Calidad Del Aire:

Cuando la contaminación ambiental es alta la recomendación nacional es evitar el ejercicio al aire libre.

Recomendaciones del médico para autoadministración de las medicinas: (Initial one)

He instruido al 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.

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.

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) anotadas arriba, y autorizo que mi hijo(a) reciba tal medicina(s) como se indica. También autorizo para que el médico de mi hijo(a) comparta información verbal o escrita con la enfermera de la escuela, durante este año escolar.

Firma del padre (madre)/ tutor

Fecha

Teléfono de Casa

Teléfono de Trabajo

Teléfono de Celular

