

# Plan de Acción en casos de Asma

Nombre del Estudiante \_\_\_\_\_ No. de Identificación del estudiante \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento \_\_\_\_\_  
Contacto de emergencia \_\_\_\_\_ Teléfono \_\_\_\_\_ Nombre del Escuela \_\_\_\_\_

## SECCIÓN COMPLETADA POR MÉDICO

### CLASIFICACIONES DE SEVERIDAD

### IRRITANTES

- |   |   |                                    |                                      |   |                                |
|---|---|------------------------------------|--------------------------------------|---|--------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Intermitente     | <input type="checkbox"/> Moderado Persistente | <input type="checkbox"/> Frío      | <input type="checkbox"/> Animales    | <input type="checkbox"/> Polen de las plantas | <input type="checkbox"/> Otro: |
| <input type="checkbox"/> Leve Persistente | <input type="checkbox"/> Severo Persistent    | <input type="checkbox"/> Ejercicio | <input type="checkbox"/> Temperatura | <input type="checkbox"/> Moho                 |                                |
|   |   | <input type="checkbox"/> Humo      | <input type="checkbox"/> Comida      | <input type="checkbox"/> Polvo                |                                |

### EJERCICIO

- ☐ Antes de medicinas (cuanto y cuando)  
☐ Modificación de ejercicio \_\_\_\_\_

### ZONA VERDE: SINTIÉNDOSE BIEN

#### SINTOMAS:

- La respiración es sana.
- No toz o silbido/resuello
- Puede trabajar y jugar
- Duerme bien por la noche

#### PLAN Toma medicamentos de control

##### Medicamento

##### Cantidad

##### Frecuencia

### ZONA AMARILLA: EMPEORANDO CONTACTE SU MEDICO SI UTILIZA MEDICINA DE ALIVIO RÁPIDO MAS DE DOS VECES POR SEMANA

#### SINTOMAS:

- Algunos problemas para respirar
- Tos, silbido/resuello leve, o pecho apretado
- Dificultad en caminar o hablar
- Despertarse por la noche

#### PLAN Continuar medicamentos de control y agregar medicinas preventivas

##### Medicamento

##### Cantidad

##### Frecuencia

#### Si sus síntomas regresan a la ZONA VERDE después de 1 hora de tratamiento de alivio rápido:

- Tome el medicamento de alivio rápido cada 4 horas durante uno a dos días.
- Cambie su medicamento de control a largo plazo por: \_\_\_\_\_
- Comuníquese con su médico para recibir atención de seguimiento.

#### Si sus síntomas NO regresan a la ZONA VERDE después de 1 hora de tratamiento de alivio rápido:

- Vuelva a tomar el medicamento de alivio rápido.
- Cambie su medicamento de control a largo plazo por: \_\_\_\_\_
- Llame a su médico dentro de \_\_\_\_\_ hora(s) después de modificar su rutina de medicamentos.

### ZONA ROJO: MEDICAL ALERTA MÉDICA PARA AMBULANCIAS Y SERVICIOS MÉDICOS DE EMERGENCIA, LLAME AL 911

#### SINTOMAS:

- Muchos problemas para respirar
- No puede caminar o jugar
- Empeorando en lugar de mejorar
- La medicina no está ayudando

#### PLAN Continuar medicamentos de control y también agrega las medicinas apuntados abajo

##### Medicamento

##### Cuanto/ Que Cantidad

##### Con Que Frecuencia / Cuando

#### VAYA AL HOSPITAL O LLAME AL 911 SI:

- Todavía en la ZONA ROJA después de 15 minutos
- No ha podido comunicarse con su médico

#### LLAME AL 911 INMEDIATAMENTE SI ESTAS SEÑALES DE PELIGRO ESTÁN PRESENTES

- Problemas para caminar o hablar debido a la dificultad para respirar
- Los labios o las uñas están azules.

### AUTORIZACIÓN DEL MÉDICO

**Autorización de Medicamentos:** Dele a este estudiante el medicamento apuntado anteriormente de acuerdo con mis instrucciones.

**Autorización de Autotransporte y Autoadministración:** Este estudiante es capaz de llevar y autoadministrarse este medicamento: **Si** ☐ **No** ☐



Firma del Médico

Fecha

Nombre del Médico \_\_\_\_\_

Teléfono: \_\_\_\_\_

### AUTORIZACIÓN DEL PADRE/TUTOR

**Autorización de Medicamentos:** Solicito que el personal de la escuela administre medicamentos a mi hijo de acuerdo con las instrucciones del médico en este plan.

**Autoadministración:** Solicito que se le permita a mi hijo llevar y autoadministrarse medicamentos de alivio rápido si el médico está de acuerdo: **Si** ☐ **No** ☐



Firma del Padre/Tutor

Fecha

Nombre del Padre/Tutor \_\_\_\_\_

Teléfono: \_\_\_\_\_