

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			
EJERCICIO		<input type="checkbox"/> Antes de medicinas (cuanto y cuando) <input type="checkbox"/> Modificación de ejercicio_____					

ZONA VERDE: SINTIÉNDOSE BIEN

SINTOMAS:	PLAN	Medicamento		Cantidad	Frecuencia
- La respiración es sana. - No toz o silbido/resuello - Puede trabajar y jugar - Duerme bien por la noche	Toma medicamentos de control				

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

SINTOMAS:	PLAN	Medicamento		Cantidad	Frecuencia
- Algunos problemas para respirar - Tos, silbido/resuello leve, o pecho apretado - Dificultad en caminar o hablar - Despertarse por la noche	Continuar medicamientos de control y agregar medicinas preventivas				

- 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:	PLAN	Medicamento		Cuanto/ Que Cantidad	Con Que Frecuencia / Cuando
- Muchos problemas para respirar - No puede caminar o jugar - Empeorando en lugar de mejorar - La medicina no está ayudando	Continuar medicamientos de control y también agregra las medicinas apuntados abajo				

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 autoadministrar 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: _____