

Asthma Action Plan/Medication Authorization Form

Formulario de Plan de Acción Contra el Asma/Autorización para Medicamento

Nombre del Estudiante _____		N° de ID de Estudiante de CMS _____	
Escuela/Año _____		Grado/Maestro _____	
Padre-Madre/Tutor _____	Número de Contacto (C) _____	Cel _____	Trabajo _____
Nombre del Médico _____	Número de Teléfono del Médico _____	Fax _____	

1. **NO FUME en su casa o carro, así su niño no esté con usted.**
2. Siempre use un espaciador con los inhaladores (Inhaladores de Dosis Medida, "MDIs" por sus siglas en inglés).
3. Agite el inhalador antes de cada atomización (inhalación).
4. Elimine, controle y manténganse alejado de los desencadenantes conocidos en el entorno de su niño.
5. Limpie la parte plástica del inhalador semanalmente siguiendo las instrucciones del paquete.
6. Prepare el inhalador después de abrirlo y antes de utilizarlo si no le ha dado uso por más de dos semanas. Tres inhalaciones en los inhaladores "Pro-Air", todos los otros inhaladores cuatro inhalaciones.

Los desencadenantes del niño son: *(encierre en un círculo o señale todos los que aplican a su niño)*

- | | | | |
|--|--|------------------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> Infecciones respiratorias o gripe | <input type="checkbox"/> Moho | <input type="checkbox"/> Polen | <input type="checkbox"/> Polvo, ácaros de polvo |
| <input type="checkbox"/> Cambios de temperatura/clima | <input type="checkbox"/> Mascotas dentro de casa | <input type="checkbox"/> Ejercicio | <input type="checkbox"/> Aerosoles u olores fuertes |
| <input type="checkbox"/> Polución interior/exterior | <input type="checkbox"/> Productos de limpieza del hogar | Emociones fuertes | <input type="checkbox"/> Cucarachas |
| <input type="checkbox"/> Humo | Otras alergias _____ | | |

ZONA VERDE – TODO BIEN – ¡SIGA!

EL ASMA ESTÁ BIEN CONTROLADA

USE MEDICINAS DE CONTROL

No se necesita medicina de control en este momento

Usted debe estar:

	Medicina	Método	Cantidad	Frecuencia
Sin sibilancias	_____	_____	_____	_____ veces al día
Sin tos	_____	_____	_____	_____ veces al día
Sin opresión en el pecho	_____	_____	_____	_____ veces al día
Sin despertarse de noche por el asma	_____	_____	_____	_____ veces al día
Sin problemas para jugar por el asma	_____	_____	_____	_____ veces al día
Número de flujo espiratorio máximo de ___ a ___ 15 minutos antes de hacer ejercicio haga ___ inhalaciones _____				

*Enjuague la boca del niño después de consumir esteroides inhalados (medicinas diarias/de control).

ZONA AMARILLA – ¡CUIDADO! – ACTÚE

EL ASMA EMPEORA

TOME MEDICINA DE ALIVIO RÁPIDO

Continúe usando las medicinas diarias de la zona verde y agregue:

Usted puede tener:

	Medicina	Método	Cantidad	Frecuencia
Tos	Albuterol/Xopenex	inhalado	___ inhalaciones Ó ___ ampollitas	Cada ___ horas (cuando sea necesario)
Sibilancias	___ Puede repetir después de 20 minutos x 1 (señale con una marca)			
También tome:				
Opresión en el Pecho	_____	_____	_____	_____
Primeras señales de un resfrió	_____	_____	_____	_____
Tos por la noche	_____	_____	_____	_____
Número de flujo espiratorio máximo de ___ a ___	_____	_____	_____	_____

Si los síntomas de la zona amarilla continúan por 24 horas o el niño necesita la medicina adicional de rescate más de dos veces por semana, llame al doctor de su niño.

ZONA ROJA – ¡ALTO! – ¡BUSQUE AYUDA AHORA!

TOME MEDICINA DE ALIVIO RÁPIDO

¡ESTO ES UNA EMERGENCIA!

Usted puede tener:

Medicina de alivio rápido que no hace efecto	Continúe consumiendo las medicinas de la zona verde y haga lo siguiente: Use ___ inhalaciones ó 1 ampollita de Albuterol/Xopenex <u>inhalado</u> cada 20 minutos por un total de ___ dosis.
Sibilancias que están peor	
Respiración más rápida	¡LLAME A SU DOCTOR AHORA! Si no puede localizar al doctor, LLAME AL 911 ó vaya directamente a la SALA DE EMERGENCIA
Labios y uñas moradas	
Dificultad para caminar o hablar	
Retracción del pecho y cuello con cada respiro	
O número de flujo espiratorio máximo es menos de ___	¡NO ESPERE!

Firma del Padre-Madre/Tutor _____

Fecha _____