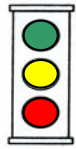


Nombre: _____

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!

USE LAS MEDICINAS PREVENTIVAS TODOS LOS DÍAS

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



Asma intermitente (no usa medicamentos preventivos)

Severidad/control:

Medicina	Dosis	Horario	Tomarlo en:	
			Casa?	Escuela?
_____	_____	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
_____	_____	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
_____	_____	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

20 minutos antes de hacer ejercicio:

AMARILLO significa ¡PRECAUCIÓN!

EMPIECE A TOMAR MEDICAMENTOS DE ALIVIO RÁPIDO



Tos



Silbido

COMIENCE A TOMAR LAS MEDICINAS PARA ALIVIO RÁPIDO, 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	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
_____	_____	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
_____	_____	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

*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 esta 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 Esta batallando para respirar, o No se siente o se ve mejor en un lapso de 20 a 30 minutos



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

Recomendaciones del médico para auto administración de las medicinas: (Initial One)

_____ He instruido el estudiante nombrado sobre la manera adecuada de usar sus medicinas. En mi opinión profesional, se debe permitirle traer y auto-administrarse las medicinas arriba mencionadas, mientras esta 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(s) 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 _____

