

Plan de Acción Para el Asma

Número de Arch vo:

Actua zado e :

[Para ser comp etado por e mé dco]

Nombre _____

Fecha de nac m ento _____

D rec c ón _____

En caso de emergenc a # _____

Nombre de su doctor o proveedor de cuidado de salud _____

Teléfono _____ Fax _____

Severidad del Asma: Intermitente Leve y Persistente Moderado y Persistente Severo y Persistente

Causantes del Asma: Resfriados Ejercicios Animales Polvo Humo Alimentos Clima Otro

**Si se siente bien:
(Zona Verde)**

Tome Medicinas preventivas para consumo diario

Usted tiene todos éstos:

- Su respiración es normal
- No sufre de tos, ni de dificultades al respirar
- Puede trabajar / jugar
- Duerme toda la nochea

Medida de flujo máxima de: _____ a _____

MEDICINA	CANTIDAD A TOMAR (DOSIS)	CUÁNDO TOMARLA

5-15 minutos antes de cualquier ejercicio usted debe tomar esta medicina:

--	--	--

**Si no se siente bien
(Zona Amarilla)**

Tome medicinas para el consumo diario y añada medicinas de alivio rápido

Usted tiene cualquiera de éstos:

- Tos, respira con dificultad, (silbido)
- Pecho apretado
- Tose de noche

Medida de flujo máxima de: _____ a _____

MEDICINA	CANTIDAD A TOMAR (DOSIS)	CUÁNDO TOMARLA

Llame a su médico si éstas medicinas son utilizadas más de dos días durante la semana

**Si usted presenta cualquiera de éstos síntomas
(Zona Roja)**

Tome Éstas Medicinas y Busque la ayuda de un médico ¡AHORA!

Su asma empeora rápidamente:

- Las medicinas no están ayudando
- Su respiración es fuerte y rápida
- La nariz se abre ampliamente
- No puede caminar o hablar bien
- Se pueden ver sus costillas

Medida de flujo por debajo de: _____

MEDICINA	CANTIDAD A TOMAR (DOSIS)	CUÁNDO TOMARLA

SOLICITE CUIDADO DE EMERGENCIA o LLAME AL 911 EN CASO DE QUE: Sus labios se tornen de color azul, empeoren los síntomas, le sea difícil respirar, no pueda hablar o llorar debido a dificultad para respirar o pierda el conocimiento.

Haga una cita con su médico dentro de dos días a partir de una visita a la sala de emergencia o de una hospitalización

Firma de Médico _____

Fecha _____

Firma del Paciente/Guardian [yo he leído y comprendido estas instrucciones.] _____

Fecha _____