

Plan de acción contra el asma



Nombre:		Fecha:
Fecha de nacimiento:	Nombre del proveedor:	Fax del proveedor:
Meta del paciente:		Teléfono del padre o tutor:
¡Importante! Las cosas que empeoran su asma: <input type="checkbox"/> polvo <input type="checkbox"/> animal doméstico <input type="checkbox"/> molde <input type="checkbox"/> Humo <input type="checkbox"/> Polen <input type="checkbox"/> otro _____		

Severidad: Severos Persistente Moderado Persistente Suave Persistente Suave Intermitente

SEGURO - ¡Está bien!

Use estas medicinas controladoras cada día:

Mejor marca personal de flujo máximo: _____

Tiene **todos** estos síntomas:

- Respiración normal
- No hay tos ni jadeo
- Duerme en la noche
- Puede trabajar y jugar



Flujo máximo de _____ a _____

MEDICINA	CANTIDAD	FRECUENCIA/HORA

PRECAUCION -- ¡Deténgase!

Continúe con la medicina de la zona verde y agregue:

Tiene **cualquiera** de estos síntomas:

- Síntomas de resfriado
- Exposición a factores que provocaron asma
- Tos
- Jadeo leve
- Tirantez en el pecho
- Tos en la noche



Flujo máximo de _____ a _____

MEDICINA	CANTIDAD	FRECUENCIA/HORA

LLAME AL PROVEEDOR MÉDICO DE CABECERA: _____

PELIGRO -- ¡Obtenga ayuda!

Tome estas medicinas y llame al proveedor ahora.

El asma empeora rápidamente:

- La medicina no está ayudando
- Respiración difícil y rápida
- La nariz se abre
- Se ven las costillas
- Dificultad para hablar



Flujo menos que _____

MEDICINA	CANTIDAD	FRECUENCIA/HORA

¡Obtenga ayuda de un proveedor ahora! No tema molestar. El proveedor querrá verle enseguida. ¡Es de suma importancia! Si no puede comunicarse con el proveedor, vaya directamente a la sala de emergencia y lleve este formulario. NO ESPERE.
Haga una cita con el proveedor médico dentro de los dos días después de una visita o estancia en el hospital.

Firma del proveedor: _____

Fecha: _____

PADRE/GUARDA para terminar esta sección:

Yo, _____ doy permiso al enfermero de la escuela o a la clínica de salud de la escuela para compartir información o de otra manera para asistir en el control del asma de mi hijo (a), incluyendo la comunicación directa con el proveedor médico de cabecera _____ Fecha: _____
(padre/guarda por favor nombre imprime)
(firma de padre/guarda)