



Plan de Acción para controlar el Asma (Debe ser completado por el proveedor de servicios médicos) Return Color Copy To The School Nurse



Nombre	Fecha de nacimiento	Fecha de hoy
Escuela	Padre/persona al cuidado del niño/a	Número de teléfono del ó los padres
Nombre del proveedor de servicios médicos	Número de teléfono de la oficina del proveedor	
Contacto de emergencia (además del padre)	Número de teléfono de contacto	
Diagnostico Severidad de Asma: ☐ Suave Intermitente: Mild Intermittent (Síntomas Ataques de Asma < 2 veces/semana) ☐ Moderada Persistente: Mild Persistent (Síntomas Ataques de Asma > 2 veces/semana) ☐ Suave Persistente: Moderate Persistent (Síntomas Ataques de 3 – 6 veces/semana) ☐ Severa Persistente: Sever Persistent (Ataques frecuentes de Asma)		
Causas del asma: ☐ Resfriados ☐ Ejercicio ☐ Mascotas peludas ☐ Polvo ☐ Humo de cigarillo ☐ Comida (alergias a alimentos) ☐ Clima ☐ Otro: _____		

Tome estas medicinas de larga duración				
El/la niño/a se siente bien: • Respira bien • No tiene tos o silbido • Puede jugar o trabajar • Duerme toda la noche 	MEDICINA:	CUANTO:	CUANDO:	Verde
Flujo máximo en esta zona: _____ a _____	20 MINUTOS ANTES DE HACER EJERCICIO, TOME ESTA MEDICINA:			

SI NO SE SIENTE BIEN TOME MEDICINA DE LARGA DURACIÓN Y añada ESTAS MEDICINAS DE ACCIÓN RÁPIDA

El/la niño/a tiene <u>alguno</u> de estas síntomas: • Tos • Silbido • Presión en el pecho 	MEDICINA:	CUANTO:	CUANDO:	Amarillo
Flujo máximo en esta zona: _____ a _____	Llame a la oficina del proveedor de servicios médicos si los síntomas no mejoran en 2 días O si duran por más de _____ días. Después de _____ días regrese a la ZONA VERDE y tome las medicinas de larga duración.			

¡SI SE SIENTE MUY MAL, LLAME AL PROVEEDOR AHORA!			TOME ESTAS MEDICINAS	
El/la niño/a tiene <u>alguna</u> de estos síntomas: • La medicinas no ayudan • Está respirando fuerte y rápido • Los labios y las uñas están azules • No puede caminar o hablar bien 	MEDICINA:	CUANTO:	CUANDO:	Rojo
Flujo máximo en esta zona: _____ a _____	SI NO PUEDE CONTACTAR SU PROVEEDOR: ¡Llame al 911 o vaya a la sala de emergencia más cercana y traiga esta forma con Ud.!			

Doy mi consentimiento al doctor, enfermera, plan de seguro de salud, y otro proveedores de servicios medicos a compartir información sobre el asma de mi niño/a para mejorar la salud de él/ella.

Firma del padre o persona al cuidado del/a niño/a _____ Fecha _____

Firma del proveedor de servicios médicos _____
It is my professional opinion this child should carry his/her inhaled medication by him/herself.

Adaptado de NYC
Childhood Asthma
Initiative
Adaptado del
NHLBI
Impreso 2004