

# Finger Lakes Asthma Action Plan

(Para ser completado por el Médico de Salud)

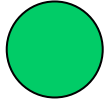
Updated On: \_\_\_\_\_

Nombre: \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_ Grado \_\_\_\_\_ Dirección: \_\_\_\_\_

Año Escolar: 200\_\_ -- 200\_\_ Escuela/Guardería: \_\_\_\_\_ Contacto de Emergencia: \_\_\_\_\_

Gravedad del asma  Leve e infrecuente  Leve y persistente  Moderada y persistente  Severa y persistente

Provocantes del asma  Resfriados  Ejercicios  Animales  Polvo  Humo  Alimentos  Clima



## 1. Zona Verde:

### Asma bajo Control

#### Niño(a) se siente bien:

- Respira sin problemas
- No tiene tos o sople
- Puede trabajar/jugar
- Duerme toda la noche



Número de flujo máximo \_\_\_\_\_

Medición de flujo máximo aquí:

\_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_

### Medicamentos de Control – Uso Diario

Medicina de Control (Tome en Casa)	Cuánto	Cuándo tomarla

#### 20 minutos antes de jugar deportes use esta medicina:

Estudiante podrá traer y usar esta medicina en la escuela.

SI  NO



## 2. Zona Amarilla: Precaución

#### Posibles Síntomas :

- Tos
- Resoplido
- Pecho apretado
- Se levanta por la noche



Medición de flujo máximo aquí:

\_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_

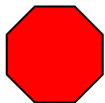
### Tómese la Medicina de Control Diario en la Zona Verde y Añada esta Medicina de Alivio de ser necesario en un ataque asmático

Medicina de Alivio	Cuánto	Cuándo tomarla

Estudiante podrá traer y usar esta medicina en la escuela.

SI  NO

**Llame al doctor si estas medicinas son usadas más de dos veces a la semana en el día o dos veces al mes en la noche.**



## 3. Zona Roja: PELIGRO ¡LLAME AL DOCTOR!

#### Síntomas:

- Medicina no da alivio
- Es muy difícil respirar
- Nariz se abre mucho
- Difícil hablar y caminar
- Se ven las costillas



Flujo máximo menos de:

### Tome estas Medicinas

Medicina	Cuánto	Cuándo tomarla



# 911

**Labios morados, Empeora rápidamente, Dificultad al Respirar, No puede hablar/llorar a causa de respiración o se ha desmayado.**

Nombre del Médico de Salud: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_ Fax: \_\_\_\_\_

Firma del Médico de Salud: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Firma del Paciente/Padre: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

WHITE – PATIENT COPY

YELLOW – SCHOOL/DAY CARE COPY

PINK – PROVIDER COPY

Developed by the Regional Community Asthma Network of the Finger Lakes (RCAN) and adapted from NHLBI - 9/01 revised 3/04