



# Plan de acción contra el asma para el hogar y la escuela

Nombre: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

Clasificación de gravedad:  Intermitente  Persistente leve  Persistente moderado  Persistente grave

Desencadenantes del asma (lista): \_\_\_\_\_

Mejor marca personal del flujómetro: \_\_\_\_\_

## Zona verde: Anda bien

**Síntomas:** La respiración es buena – Sin tos ni resuello – Puede trabajar y jugar – Duerme bien a la noche

**Flujómetro** \_\_\_\_\_ (más del 80% de la mejor marca personal)

<b>Medicamento/s de control</b>	Medicamento _____	Cuánto tomar _____	Cuándo y con qué frecuencia tomarlo _____	Tomar <input type="checkbox"/> Hogar <input type="checkbox"/> Escuela
	_____	_____	_____	<input type="checkbox"/> Hogar <input type="checkbox"/> Escuela

**Actividad física**  usa albuterol/levalbuterol \_\_\_\_ puffs, 15 minutos antes de la actividad  con todas las actividades  
 cuando el niño siente que lo necesita

## Zona amarilla: Precaución

**Síntomas:** Algunos problemas de respiración – Tos, resuello, u opresión en el pecho – Problemas para trabajar o jugar – Se despierta a la noche

**Flujómetro** \_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_ (entre 50% y 79% de la mejor marca personal)

**Medicamento/s de alivio rápido**  Albuterol/levalbuterol \_\_\_\_ puffs, cada 4 horas según sea necesario

**Medicamento/s de control**  Continuar con los medicamentos de la Zona verde

Agregar \_\_\_\_\_  Cambiar por \_\_\_\_\_

El niño se debe sentir mejor dentro de 20–60 minutos del tratamiento de alivio rápido. Si el niño empeora o está en la Zona amarilla durante más de 24 horas, siga las instrucciones de la ZONA ROJA y llame al médico inmediatamente.

## Zona roja: ¡Consigue ayuda ahora!

**Síntomas:** Muchos problemas de respiración – No puede trabajar o jugar – Empeora en vez de mejorar – El medicamento no ayuda

**Flujómetro** \_\_\_\_\_ (menos del 50% de la mejor marca personal)

**¡Tome el medicamento de alivio rápido AHORA!**  Albuterol/levalbuterol \_\_\_\_ puffs, \_\_\_\_\_ (con qué frecuencia)

**Llame al 911 inmediatamente si presenta las siguientes señales de peligro**

- Dificultad para caminar/hablar debido a la falta de aire
- Labios o uñas azules
- Sigue en la zona roja después de 15 minutos

**Personal escolar:** Siga las instrucciones de la Zona amarilla y roja respecto de los medicamentos de alivio rápido de acuerdo con los síntomas del asma. Los únicos medicamentos de control que podrán administrarse en la escuela son los que figuran en la Zona verde con una tilde junto a “Tomar en la escuela”.

Tanto el proveedor de atención médica como el padre/tutor consideran que el niño ha demostrado capacidad para llevar y auto-administrarse su inhalador de alivio rápido, incluida la capacidad de avisar a un adulto si los síntomas no mejoran después de tomar el medicamento.

### Proveedor de atención médica

Nombre \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_ Teléfono ( \_\_\_\_ ) \_\_\_\_ - \_\_\_\_ Firma \_\_\_\_\_

### Padre/tutor

Autorizo que un enfermero u otro personal escolar administren en la escuela los medicamentos que figuran en el plan de acción según corresponda.  
 Autorizo la comunicación entre la clínica o el proveedor de atención médica que prescribe, el enfermero de la escuela, el asesor médico de la escuela y los proveedores de la clínica de salud ubicada en la escuela que sea necesaria para el control del asma y la administración de este medicamento.

Nombre \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_ Teléfono ( \_\_\_\_ ) \_\_\_\_ - \_\_\_\_ Firma \_\_\_\_\_

### Enfermero de la escuela

El estudiante ha demostrado capacidad para llevar y auto-administrarse su inhalador de alivio rápido, incluida la capacidad de avisar a un adulto si los síntomas no mejoran después de tomar el medicamento.

Nombre \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_ Teléfono ( \_\_\_\_ ) \_\_\_\_ - \_\_\_\_ Firma \_\_\_\_\_

Envíe una copia firmada al proveedor que figura arriba.

1-800-LUNGUSA | Lung.org