Plan de acción contra el asma

Fecha en que se realizó

Nombre	Fecha de nacimiento	Grado/Maestro
Proveedor de atención médica	Teléfono del consultorio del proveedor de atención médica	Número de expediente médico
Padre/Tutor	Teléfono	Teléfono alternativo
Contacto de emergencia alternativo del padre/tutor	Teléfono	Teléfono alternativo

DIAGNÓSTICO DE GRAVEDAD DEL ASMA

☐ Intermitente ☐ Persistente [◯ Leve ◯ Moderada ◯ Grave]

FACTORES DESENCADENANTES DEL ASMA (Cosas que empeoran el asma)

☐ Humo ☐ Resfrío ☐ Ejercicio ☐ Animales ☐ Polvo ☐ Alimentos
☐ Clima ☐ Olores ☐ Polen ☐ Otro _____

ZONA VERDE: ¡ADELANTE!

Tome estos **MEDICAMENTOS DE CONTROL DIARIO (PREVENCIÓN) CADA DÍA**

Usted tiene TODO lo siguientes:

- Respira bien
- No tiene tos ni sibilancia
- Puede trabajar y jugar
- Puede dormir toda la noche

☐ No necesita medicamentos de control diario

☐ Medicamentos de control diario _____

☐ _____

Realice _____ **inhalaciones o tome** _____ **comprimidos** _____ **por día.**

☐ Para el asma provocada por el ejercicio, AGREGUE: _____,

_____ **inhalaciones con espaciador** _____ **minutos antes del ejercicio**

SIEMPRE ENJUÁGUESE LA BOCA DESPUÉS DE USAR EL MEDICAMENTO DE INHALACIÓN DIARIO.

ZONA AMARILLA: ¡PRECAUCIÓN!

Continúe con los **MEDICAMENTOS DE CONTROL DIARIO** y **AGREGUE** los medicamentos de **ALIVIO RÁPIDO**

Usted tiene ALGUNO de los siguientes síntomas:

- Tos o sibilancia leve
- Opresión en el pecho
- Falta de aire
- Problemas para dormir, trabajar o jugar

Tome el medicamento de control diario, si se lo indicó el médico, y añada el siguiente medicamento de alivio rápido cuando tenga problemas para respirar:

☐ _____ inhalador de _____ mcg

Realice _____ **inhalaciones cada** _____ **horas,** ***si es necesario.*** **Utilice siempre un espaciador; algunos niños podrían necesitar una mascarilla.**

☐ _____ nebulizador de _____ mg / _____ ml

Realice un tratamiento con nebulizador _____ **de cada** _____ **horas,** ***si es necesario.***

☐ Otro _____

Si el medicamento de alivio rápido NO DA RESULTADO en _____ minutos, tómelo nuevamente y LLAME a su proveedor de atención médica

Si está usando un medicamento de alivio rápido más de _____ veces en _____ horas, LLAME a su proveedor de atención médica

SI ESTÁ EN LA ZONA AMARILLA DURANTE MÁS DE 24 HORAS, LLAME AL PROVEEDOR DE ATENCIÓN MÉDICA.

ZONA ROJA: ¡EMERGENCIA!

Continúe con los **MEDICAMENTOS DE CONTROL DIARIO** y con los medicamentos de **ALIVIO RÁPIDO** y **¡OBTENGA AYUDA!**

Usted tiene ALGUNO de los siguientes síntomas:

- Mucha dificultad para respirar
- Los medicamentos no hacen efecto
- La respiración es rápida y dificultosa
- La nariz está muy abierta, se le notan las costillas, no puede hablar bien
- Los labios o las uñas están de color grisáceo o azulado

☐ _____ inhalador de _____ mcg

Realice _____ **inhalaciones cada** _____ **horas,** ***si es necesario.*** **Utilice siempre un espaciador; algunos niños podrían necesitar una mascarilla.**

☐ _____ nebulizador de _____ mg / _____ ml

Realice un tratamiento con nebulizador de _____ **cada** _____ **horas,** ***si es necesario.***

☐ Otro _____

LLAME NUEVAMENTE AL PROVEEDOR DE ATENCIÓN MÉDICA MIENTRAS RECIBE EL MEDICAMENTO DE ALIVIO RÁPIDO. ¡Si no puede comunicarse con el proveedor de atención médica, LLAME A UNA AMBULANCIA AL 911 O ACUDA DIRECTAMENTE AL DEPARTAMENTO DE EMERGENCIAS!

SE REQUIERE AUTORIZACIÓN PARA USAR LOS MEDICAMENTOS EN LA ESCUELA

Permiso del proveedor de atención médica: Solicito que se siga este plan tal como está escrito. Este plan es válido para el año escolar _____ – _____ .

Firma _____ Fecha _____

Permiso del padre/tutor: Doy mi consentimiento para que el profesional de enfermería escolar le dé a mi hijo los medicamentos indicados en este plan, o para que el personal escolar capacitado lo ayude a tomar dichos medicamentos tras la revisión del profesional de enfermería escolar. Este plan se compartirá con el personal escolar que cuida de mi hijo.

Firma _____ Fecha _____

OPCIONAL PERMISOS PARA LLEVAR Y USAR MEDICAMENTOS EN LA ESCUELA DE MANERA INDEPENDIENTE

Permiso del proveedor de atención médica para llevar y usar medicamentos de manera independiente: Hago constar que el estudiante ha demostrado ante mí que puede administrarse este medicamento de rescate de manera efectiva y que puede llevar y usar dicho medicamento en la escuela de manera independiente sin supervisión del personal escolar.

Firma _____ Fecha _____

Permiso del padre/tutor para llevar y usar medicamentos de manera independiente (si así lo indica el proveedor de salud antedicho): Acepto que mi hijo pueda administrarse este medicamento de rescate de manera efectiva y que pueda llevar y usar dicho medicamento en la escuela sin supervisión del personal escolar.

Firma _____ Fecha _____

COPIA PARA EL PACIENTE