

# Plan de Acción para controlar el Asma

(Debe ser completado por el proveedor de servicios médicos)

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, TOMA ESTA MEDICINA:

--	--	--

## SI NO SE SIENTE BIEN TOMA MEDICINA DE LARGA DURACIÓN Y **AÑADA** ESTAS MEDICINAS DE ACCIÓN RÁPIDA

El/la niño/a tiene alguno 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!

## TOMA ESTAS MEDICINAS

El/la niño/a tiene alguno 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



Adaptado de NYC Childhood Asthma Initiative

Adaptado del NHLBI

Para ordenar copias adicionales vaya a: [www.hpcpa.org](http://www.hpcpa.org)

Impreso 2004