

Plan de Manejo de Asma

Nombre: _____ Fecha de nacimiento _____

Doctor: _____ Fecha: _____

Teléfono del doctor o la clínica: _____

Predicho/Su Mejor Cifras De Flujo Lectura: _____

Asthma Triggers

Try to stay away from or control these things:

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Ejercicio | <input type="checkbox"/> Humo, olores fuertes o spray |
| <input type="checkbox"/> Moho | <input type="checkbox"/> Resfriados/Infecciones respiratorias |
| <input type="checkbox"/> Alfombras | <input type="checkbox"/> Polvo/polvo de tiza |
| <input type="checkbox"/> El polen | <input type="checkbox"/> Cambio en la temperatura |
| <input type="checkbox"/> Animales | <input type="checkbox"/> Ácaros |
| <input type="checkbox"/> Cucarachas | <input type="checkbox"/> Alimentación _____ |
| <input type="checkbox"/> Alergias estacionales | <input type="checkbox"/> Otros _____ |

1. Green - GO

- La respiración es buena
- No hay tos o silbido
- Puede trabajar y jugar.



0 Cifras de flujo _____ a _____ (80-100%)

Utilice estos medicamentos *todos los días* para mantenerse en la zona verde:

<u>Medicina:</u>	<u>Cuanto tomar:</u>	<u>Quando tomarla:</u>	<input type="checkbox"/> En casa
_____	_____	_____	<input type="checkbox"/> Escuela

5-15 minutos antes participar en ejercicio muy fuerte, use Albuterol _____ (soplos).

2. Yellow - Caution



Tos



Silbido



Pecho oprimido



Despierta de noche

0 Cifras de flujo _____ a _____ (80-100%)

Siga usando controlador de zona verde medicamentos todos los días.

Añadir estos medicamentos para evitar que empeore el ataque de asma:

<u>Medicina:</u>	<u>Cuanto tomar:</u>	<u>Quando tomarlo:</u>
Albuterol o dosis _____	<input type="checkbox"/> 2 soplos de inhalador <input type="checkbox"/> 4 soplos de inhalador <input type="checkbox"/> con espaciador (si está disponible) <input type="checkbox"/> por nebulizador	<input type="checkbox"/> Puede repetir cada 20 minutos hasta 3 a primera hora, si es necesario

Si los síntomas No *Mejoran* después de la primera hora de tratamiento, ir a la **zona roja**

Si los síntomas *Mejoran* después de la primera hora de tratamiento, continuar:

Albuterol o dosis _____	<input type="checkbox"/> 2 soplos de inhalador <input type="checkbox"/> 4 soplos de inhalador <input type="checkbox"/> con espaciador (si está disponible) <input type="checkbox"/> por nebulizador	<input type="checkbox"/> Cada 4 - 8 horas por _____ días
-------------------------------	--	--

_____, _____ veces al día por _____ días En casa
(corticosteroides orales) (cuánto) Escuela

¡Llame a su médico si sigue teniendo algunos síntomas durante más de 24 horas!

3. Red - Danger

- La medicina no esta ayudando.
- La respiración es difícil y rápida.
- Las ventanas nasales están muy abiertas.
- No puede caminar.
- Las costillas se pueden ver.
- No puede hablar bien.



0 Cifras de flujo _____ (menos de 50%)

¡Llame a su médico y/o padres/guardián AHORA!

Tome estas medicinas hasta hablar con un médico o sus padres/guardián:

<u>Medicina:</u>	<u>Cuanto tomar:</u>	<u>Quando tomarlo:</u>
Albuterol o dosis _____	<input type="checkbox"/> 2 soplos de inhalador <input type="checkbox"/> 4 soplos de inhalador <input type="checkbox"/> con espaciador (si está disponible) <input type="checkbox"/> por nebulizador	<input type="checkbox"/> Puede repetir cada 20 minutos hasta que reciba ayuda

_____, _____ veces al día por _____ días En casa
(corticosteroides orales) (cuánto) Escuela

Llame Llame al 911 para síntomas graves, si los síntomas no mejoran, o si no puede comunicarse con su médico y/o padres/guardián.

I have instructed this student in the proper way to use his/her inhaler. It is my professional opinion that he/she should be allowed to carry this medication and administer to himself/herself.

Physician's Signature _____ Date: _____

Physicians name & address STAMP