



# 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 alguna 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