

Nombre: _____ Escuela: _____ Fecha de nacimiento: ____ / ____ / ____
Clasificación de gravedad: ☐ Intermitente ☐ Leve persistente ☐ Moderado persistente ☐ Grave persistente
Desencadenantes del asma (lista): _____
Fecha de finalización: ____ / ____ / ____ Vacunas actualizadas: ☐ Si ☐ No

Zona Verde: En Buen Estado

Síntomas: Respira bien – No tose ni tiene sibilancias – Puede trabajar y jugar – Duerme bien por la noche

Medicamento(s) de control	Medicamento	Cuánto tomar	Cuándo y con qué frecuencia tomarlo	Tomar en
	_____	_____	_____	☐ Hogar ☐ Escuela
Medicamento(s) de alivio rápido:	_____	_____	_____	☐ Hogar ☐ Escuela
SMART/MART	☐ ICS/Formoterol _____ inhalación(es) con espaciador _____			
	dosis máxima diaria: 12 inhalaciones para mayores de 12 años y 8 inhalaciones para mayores de 4 a 11 años)			
Ejercicio inducido:	☐ Use el medicamento de alivio rápido 10 minutos antes de la actividad física según las indicaciones			

Zona Amarilla: Precaución

Síntomas: Algunos problemas para respirar – Tos, sibilancias o presión en el pecho – Problemas para trabajar o jugar – Despertarse por la noche

	Medicamento	Cuánto tomar	Cuándo y con qué frecuencia tomarlo
Medicamento(s) de alivio rápido	_____	_____	_____
Medicamentos de control	☐ Continuar con los medicamentos de la Zona Verde		
SMART como alivio rápido	☐ ICS/Formoterol _____ inhalación(es) con espaciador _____		
	osis máxima diaria: 12 inhalaciones para mayores de 12 años y 8 inhalaciones para mayores de 4 a 11 años)		
Otro	☐ _____		

Debería sentirse mejor entre 20 y 60 minutos después del tratamiento de alivio rápido. Si está empeorando, ENTONCES siga las instrucciones en la ZONA ROJA y llame a su médico o al 911 de inmediato.

Zona Roja: ¡Obtenga Ayuda Ahora!

Síntomas: Muchos problemas para respirar - No puede trabajar ni jugar - Está empeorando en lugar de mejorar - Los medicamentos no ayudan - Me siento muy enfermo

¡Tome medicamentos de alivio rápido AHORA!

	<u>Medicamento</u>	<u>Cuánto tomar</u>	<u>Cuándo y con qué frecuencia tomarlo</u>
	☐ _____	_____ inhalación(es)	_____
SMART como alivio rápido	☐ ICS/Formoterol _____ inhalación(es) con espaciador _____		
Otro	☐ _____		

Llame al 911 inmediatamente si se presentan los siguientes signos de peligro:

- Dificultad para caminar o hablar debido a la falta de aliento
- Los labios o las uñas están azules
- Sigue en zona roja después de 15 minutos

Padre/Tutor

- ☐ Doy permiso para que los medicamentos enumerados en el plan de acción sean administrados en la escuela por la enfermera o el personal capacitado designado.
- ☐ Doy mi consentimiento para la comunicación entre el proveedor de atención médica o la clínica que prescribe, el personal de enfermería escolar, el asesor médico escolar o los proveedores de clínicas de salud escolares necesarios para el manejo del asma y la administración de este medicamento.

Nombre: _____ Fecha: _____ Teléfono: (____) ____ - ____ Firma: _____

Proveedor de Atención Médica

Nombre: _____ Fecha: _____ Teléfono: (____) ____ - ____ Firma: _____

Personal De Enfermería Escolar

Nombre: _____ Fecha: _____ Teléfono: (____) ____ - ____ Firma: _____

Entregue una copia firmada a los padres, al personal de enfermería de la escuela y al proveedor de atención médica