

Nombre: _____
 Fecha de nacimiento: _____
 Escuela: _____



PLAN DE ACCIÓN PARA CONTROLAR EL ASMA

Usted puede usar los colores del semáforo para ayudarse a aprender sobre sus medicinas.

1. VERDE significa SIGA. Use sus medicinas preventivas todos los días.
2. AMARILLO significa PRECAUCIÓN. Use medicinas para rápido alivio.
3. ROJO significa ¡Peligro! Use medicinas adicionales y llame a su doctor ¡YA!

VERDE significa ¡SIGA!

- * La respiración está bien
- * Sin tos o pillido/silbido
- * Puede trabajar y jugar



USE LAS MEDICINAS PREVENTIVAS TODOS LOS DÍAS

☐ No es el caso (no usa medicamentos preventivos)

Medicina	Dosis	Horario	¿Tomarlo en: casa?	escuela?
_____	_____	_____	☐	☐
_____	_____	_____	☐	☐
_____	_____	_____	☐	☐

20 minutos antes de hacer ejercicio, use esta medicina: _____

AMARILLO significa ¡PRECAUCIÓN!

EMPIECE A TOMAR MEDICAMENTOS DE ALIVIO RÁPIDO

COMIENCE A TOMAR LAS MEDICINAS PARA RÁPIDO ALIVIO, EVITANDO QUE EL ATAQUE DE ASMA EMPEORE Y SIGA TOMANDO LAS MEDICINAS DE LA ZONA VERDE



Tos



Silbido

Medicina	Dosis	Horario	¿Tomarlo en: casa?	escuela?
_____	_____	_____	☐	☐
_____	_____	_____	☐	☐

_____ cada 4 ó 6 horas

* Si NO se siente mejor en un lapso de 20 a 60 minutos siga el plan de la ZONA ROJA

** SI CONTINÚA CON ESTOS SÍNTOMAS POR UN LAPSO DE 12 A 24 HORAS, LLAME A SU DOCTOR

Pecho Apretado Despertar en la Noche

ROJO significa ¡PELIGRO!

- * La medicina no está ayudando
- * La respiración es difícil y rápida
- * La nariz se abre mucho para respirar
- * No puede hablar bien



¡VAYA AL DOCTOR, YA!

¡VAYA A UN DOCTOR O A UNA SALA DE EMERGENCIAS!

TOME ESTAS MEDICINAS HASTA QUE CONSULTE AL DOCTOR

Medicina	Dosis
_____	_____

Puede repetir esta dosis _____

con 20 minutos de intervalo



LLAME AL 911 (EMS) SI: Los labios o las uñas de los dedos están morados, o
 Está batallando para respirar, o
 No se siente o se ve mejor en un lapso de 20 a 30 minutos

Días de Alerta Para la Calidad Del Aire:

Cuando la contaminación ambiental es alta la recomendación nacional es evitar el ejercicio al aire libre.

Recomendaciones del médico para autoadministración de las medicinas: (Initial one)

He instruido el estudiante nombrado sobre la manera adecuada de usar sus medicinas. En mi opinión profesional, se debe permitirle traer y autoadministrarse las medicinas arriba mencionadas, mientras está en las propiedades de la escuela o en eventos relacionados a la escuela.

En mi opinión profesional, el estudiante nombrado NO deberá traer ni autoadministrarse su medicina (s) para el asma, mientras está en las propiedades de la escuela o en eventos relacionados a la escuela.

Nombre del Proveedor del Cuidado

Firma del Proveedor del Cuidado de la Salud

Teléfono

Fecha

Yo, _____ estoy de acuerdo con las recomendaciones del médico de mi hijo(a) anotadas arriba, y autorizo que mi hijo(a) reciba tal medicina(s) como se indica. También autorizo para que el médico de mi hijo(a) comparta información verbal o escrita con la enfermera de la escuela, durante este año escolar.

Firma del padre (madre)/ tutor

Fecha

Teléfono de Casa

Teléfono de Trabajo

Teléfono de Celular





PERMISO PARA LLEVAR UN INHALADOR DE ASMA
(PERMISSION TO CARRY AN ASTHMA INHALER)

Nombre del Estudiante: _____ Fecha de Nacimiento: _____

ID del Estudiante: _____

Nombre del escuela al que asiste su estudiante _____

El estudiante arriba mencionado tiene asma y es capaz de administrar la medicación de asma de prescripción como se describe a continuación: (The above named student has asthma and is capable of self administering the prescription asthma medication as described below):

Name of Medication: _____

Purpose of Medication: _____

Dosage: _____

Times and Circumstances under which medication may be administered: _____

Period of time for which medication is prescribed: _____

Physician's Signature

Date

Autorizo a mi hijo a administrar su inhalador de asma de acuerdo a las órdenes del médico mientras esté en la propiedad de la escuela o en un evento o actividad relacionada con la escuela. Entiendo que mi hijo es responsable del manejo y transporte del inhalador y que debe mantenerse fuera del alcance de otros estudiantes en todo momento. El inhalador debe tener una etiqueta de receta actual que indique que se le ha recetado a mi hijo.

Firma del padre

Fecha

*Por favor devuélvalo al campus al que asiste su estudiante.