

Quiero poder _____



Children'sSM
Healthcare of Atlanta
Dedicated to All Better

Mi plan de acción para el asma

Nombre del paciente: _____ Completado por: _____

Expediente médico #: _____ Fecha: _____

Número de teléfono del médico: _____

Medicamentos de control	¿Cuánto usar?	¿Con qué frecuencia?	Otras instrucciones
		_____ veces al día Todos los días	<input type="checkbox"/> Hacer gárgaras o enjuagarse la boca después de usar
		_____ veces al día Todos los días	
		_____ veces al día Todos los días	
Medicamentos de alivio rápido	¿Cuánto usar?	¿Con qué frecuencia?	Otras instrucciones
	<input type="checkbox"/> 2 inhalaciones (aplicaciones) <input type="checkbox"/> 4-6 inhalaciones <input type="checkbox"/> 1 tratamiento con nebulizador	Debe usarse sólo si es necesario (ver abajo — comenzar en la Zona amarilla o antes de hacer ejercicio)	NOTA: Si necesita este medicamento más de 2 días a la semana, llame a su médico para que considere aumentar los medicamentos de control y hablar sobre su plan de tratamiento.

Desencadenantes del asma (marcar todos los que apliquen)

- Ejercicio
 Cambios de temperatura
 Moho
 Animales
 Olores o gases fuertes
 Humo
 Polen
 Infecciones respiratorias
 Polvo
 Emociones fuertes
 Alimentos/Otros _____

Si tiene la piel, las uñas o los labios de color morado en cualquier momento:

Instrucciones especiales cuando

● se siente bien ● Tenga cuidado ● Pida ayuda

Se siente bien.

- No tiene tos, sibilancias, opresión en el pecho, ni falta de aliento durante el día o la noche
- Puede hacer las actividades de costumbre, como ir a la escuela y jugar
- Respira normalmente



PREVENIR los síntomas del asma todos los días:

- Use los medicamentos de control (arriba), todos los días
- Antes de hacer ejercicio, haga _____ inhalaciones de _____
- Evite los desencadenantes que puedan empeorar el asma (Ver arriba)

Tenga cuidado.

- Tos, sibilancias, opresión en el pecho, falta de aliento
- Se despierta en la noche debido a los síntomas del asma
- Puede hacer algunas actividades de costumbre, pero no todas
- Secreción nasal, ojos llorosos

Pida ayuda. ¡ALERTA MÉDICA!
¡Obtega ayuda!



PRECAUCIÓN. Continúe usando los medicamentos de control, todos los días.

- Haga _____ inhalaciones o _____ un tratamiento del medicamento de alivio rápido con el nebulizador. Si no regresa al estado indicado en la **Zona verde** dentro de una hora, entonces debe:
- Aumentar _____
- Agregar _____
- Llamar _____
- Continúe usando el medicamento de alivio rápido cada 4 horas, según sea necesario. Llame al proveedor si no mejora en _____ días.

Pida ayuda.

- Mucha dificultad para tomar el aliento
- Medicamentos de alivio rápido no le han servido
- No puede hacer las actividades de costumbre
- Los síntomas siguen igual o empeoran después de 24 horas de estar en la Zona amarilla
- Tos constante
- La piel entre las costillas se hunde
- Dificultad para hablar por falta de aliento



¡Alerta médica! ¡Obtega ayuda!

- Use los medicamentos de alivio rápido: Haga _____ inhalaciones cada _____ minutos y obtenga ayuda inmediatamente.
- Use _____
- Llame _____

Si tiene la piel, las uñas o los labios de color morado en cualquier momento:

Llame al 911 para obtener ayuda o vaya a la Sala de urgencias más cercana.