

# Plan de acción contra el asma de Virginia

División escolar: \_\_\_\_\_

Nombre	Fecha de nacimiento	Fechas de entrada en vigencia / / a / /
Proveedor de atención médica	No. tlf. del proveedor	No. de fax:
Padre/Tutor	Teléfono del padre/tutor	Última vacuna contra la gripe / / /
Contacto de emergencia adicional	Teléfono del contacto	Correo electrónico del padre/tutor:
		Correo electrónico del contacto

Severidad del asma:  Intermitente  Persistente:  Leve  Moderada  Severa

## Desencadenantes del asma (cosas que empeoran el asma)

Resfríos  Humo (tabaco, incienso)  Polen  Polvo  Animales: \_\_\_\_\_  Olores fuertes  Moho/humedad  Estrés/emociones  
 Ejercicios  Reflujo ácido  Pestes (roedores, cucarachas)  Estación (marque con un círculo): otoño, invierno, primavera, verano  Otros: \_\_\_\_\_

## Zona verde: ¡Adelante! – Tome estos medicamentos de CONTROL (PREVENCIÓN) TODOS los días

Usted presenta **TODAS** estas características:

- Respirar es fácil
- Sin tos ni sibilancia
- Puede trabajar y jugar
- Puede dormir toda la noche



**Flujo máximo:** \_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_  
(Más del 80% de su mejor medida)

**Mejor medida personal de flujo máximo:** \_\_\_\_\_

**Siempre enjuáguese la boca después de usar su inhalador y recuerde usar un espaciador con su MDI.**

- No se requieren medicamentos de control.
- Dulera \_\_\_\_\_  Symbicort \_\_\_\_\_  Advair \_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_ inhalaciones \_\_\_\_\_ veces al día  
Combinación de medicamentos: corticosteroide inhalado con β-agonista de acción prolongada
- Alvesco \_\_\_\_\_  Asmanex \_\_\_\_\_  Azmacort \_\_\_\_\_  Flovent \_\_\_\_\_  Pulmicort \_\_\_\_\_  QVAR \_\_\_\_\_  
Corticosteroide inhalado o corticosteroide/β-agonista de acción prolongada inhalado
- \_\_\_\_\_ inhalaciones MDI \_\_\_\_\_ veces al día O \_\_\_\_\_ tratamiento (s) con nebulizador \_\_\_\_\_ veces al día
- Singulair o \_\_\_\_\_, tome \_\_\_\_\_ por vía oral una vez al día a la hora de dormir  
Antagonista del leucotrieno
- Para el asma causado por el ejercicio, AGREGUE:**  Albuterol o \_\_\_\_\_,  
 \_\_\_\_\_ inhalaciones con espaciador 15 minutos antes del ejercicio  
β-Agonista de acción prolongada inhalado

## Zona amarilla: ¡Precaución! – Siga tomando los medicamentos de CONTROL y AGREGUE medicamentos de RESCATE

Usted presenta **CUALQUIERA** de estas características:

- Tos o sibilancia leve
- Primer síntoma de resfrío
- Presión en el pecho
- Problemas para dormir, trabajar o jugar



**Flujo máximo:** \_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_  
(60% - 80% de su mejor medida)

- Albuterol o \_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_ inhalaciones con espaciador cada \_\_\_\_\_ horas según sea necesario  
β-agonista inhalado
- Albuterol o \_\_\_\_\_, un tratamiento (s) con nebulizador cada \_\_\_\_\_ horas según sea necesario  
β-agonista inhalado

**Llame a su proveedor de atención médica si necesita medicamentos de rescate durante más de 24 horas o dos veces a la semana, o si sus medicamentos de rescate no funcionan.**

## Zona roja: ¡PELIGRO! – Siga tomando los medicamentos de CONTROL Y RESCATE y ¡OBTENGA AYUDA!

Usted presenta **CUALQUIERA** de estas características:

- No puede hablar, comer o caminar bien
- Los medicamentos no le están ayudando
- La respiración se dificulta y acelera
- Sus labios y sus uñas están azules
- Se siente cansado o alejargado
- Sus costillas son notorias



**Flujo máximo:** < \_\_\_\_\_  
(Menos del 60% de su mejor medida)

- Albuterol o \_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_ inhalaciones con espaciador **cada 15 minutos**, para **TRES** tratamientos  
β-agonista inhalado
- Albuterol o \_\_\_\_\_, un tratamiento con nebulizador **cada 15 minutos**, para **TRES** tratamientos  
β-agonista inhalado

**Llame a su médico mientras se administra los tratamientos.  
 Si no puede comunicarse con su médico:  
 Llame al 911 o ivaya directamente al Departamento de Urgencias!**

### FIRMAS REQUERIDAS:

Doy la autorización para que el personal de la escuela siga este plan, administre medicamentos, cuide de mi hijo(a) y contacte a mi proveedor de ser necesario. Asumo toda la responsabilidad en proporcionar los medicamentos prescritos a la escuela y en entregar dispositivos de monitoreo. Apruebo este Plan de control del asma para mi hijo(a).

Padre/Tutor \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

Enfermero/Designado por la escuela \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

OTRAS \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

CC:  Director  Admin. de cafetería  Conductor de bus/Transporte

Entrenador/Educ. física  Personal de oficina  Personal de escuela

Se pueden reproducir copias de este formulario o las puede bajar de [www.virginiaasthma.org](http://www.virginiaasthma.org)

### CONSENTIMIENTO PARA MEDICACIÓN EN LA ESCUELA Y ORDEN DEL PROVEEDOR DE ATENCIÓN MÉDICA

MARQUE TODOS LOS QUE CORRESPONDAN:

\_\_\_\_\_ El/la estudiante ha recibido indicaciones para utilizar sus medicamentos para el asma y, en mi opinión, PUEDE LLEVAR Y ADMINISTRARSE A SÍ MISMO(A) EL INHALADOR EN LA ESCUELA.

\_\_\_\_\_ El/la estudiante deberá notificar al funcionario del área de salud de la escuela designado después de utilizar el inhalador en la escuela.

\_\_\_\_\_ El/la estudiante necesita supervisión o ayuda para utilizar su inhalador.

\_\_\_\_\_ El/la estudiante NO debe llevar el inhalador a la escuela.

FIRMA DEL MÉDICO/ENFERMERO ESPECIALIZADO/AUX. MÉDICO: \_\_\_\_\_ FECHA \_\_\_\_\_