



# 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



**Flujo máximo en esta zona:**

\_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_

MEDICINA:	CUANTO:	CUANDO:

Amarillo

*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!

## TOME ESTAS MEDICINAS

**El/la niño/a tiene alguno 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



**Flujo máximo en esta zona:**

\_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_

MEDICINA:	CUANTO:	CUANDO:

Rojo

**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 \_\_\_\_\_



**Health Partners**  
 Service. Benefits. Respect.

Adaptado de NYC Childhood Asthma Initiative

Adaptado del NHLBI

Para ordenar copias adicionales vaya a:  
[www.hpcpa.org](http://www.hpcpa.org)

Impreso 2004