

Teléf. de la escuela: \_\_\_\_\_

Fax de la escuela: \_\_\_\_\_

**Plan de Acción para el Asma – Basado en Síntomas**  
Symptom Based – Asthma Action Plan

Nombre del Alumno: \_\_\_\_\_ FDN: \_\_\_\_\_ Escuela: \_\_\_\_\_  
Padre/Tutor: \_\_\_\_\_ Teléf. de Casa: \_\_\_\_\_ Celular: \_\_\_\_\_

Lo siguiente debe ser completado por el MÉDICO: (Artículos #1, 2, 3, y 4):

1. Medicamento(s) (tomado en la escuela Y EN casa):  
Por favor MARQUE la casilla si se requiere su uso en la escuela:

A. Nombre del medicamento de "RÁPIDO ALIVIO"	1.	<input type="checkbox"/> Para Escuela *
	2.	<input type="checkbox"/> Para Escuela *
B. Nombre del medicamento de "RUTINA" (ejem. Anti-inflamatorio)	1.	<input type="checkbox"/> Para Escuela *
	2.	<input type="checkbox"/> Para Escuela *
	3.	<input type="checkbox"/> Para Escuela *
C. Nombre de medicamento para ANTES DE Educ. Física, Esfuerzo:	1.	<input type="checkbox"/> Para Escuela *
	2.	<input type="checkbox"/> Para Escuela *

2. Para medicamentos inhalados por el alumno (todos los alumnos deben ir con la auxiliar de salud en la oficina para medicamento oral):

Auxiliador al alumno en la Oficina de Salud con medicamento inhalado \*

Puede autosministrarse/cargar medicamento para inhalar. \* El alumno muestra conocimiento. (No se recomienda en la escuela primaria).

3. Un Espaciador (spacer device) (ejem.: Aerochamber) se aconseja su uso por todos los alumnos en la escuela.

4. Revise los factores que provocan su asma:  tabaco  pesticidas  animales  pájaros  cucarachas  limpiadores  humo de carro  perfume  veladoras  humedad/moho  polvo  aire frío  ejercicio  smog  polen  otros

5. Utilizando los siguientes SÍNTOMAS, determine la ZONA apropiada y siga la acción indicada:

**Zona Verde**

Síntomas: Respira bien, no le falta la respiración por el día o la noche, no hay tos, no hay opresión de pecho, puede hacer ejercicios y sus actividades normales

**Zona Amarilla**

Síntomas: Comienza a toser, silbido, falta la respiración, opresión de pecho, se despierta por la noche debido a síntomas del asma, o tiene algunas restricciones de actividad

**Acción para la escuela:**

1. Dar medicamento(s) de "Rápido Alivio"
2. Avise al Padre si los síntomas NO mejoran con el medicamento después de 15 o 20 minutos
3. Si los síntomas NO MEJORAN siga el Plan de Emergencia de la Escuela abajo indicado
4. Si los síntomas mejoran, el alumno puede regresar a la clase  
*\*Avise al padre si se ha utilizado el inhalador más de 2 veces en esta semana (si no es relacionado con actividad física)*

**Zona Roja**

Síntomas: Tos, problemas para caminar o hablar, retracción de pecho/músculo del cuello al respirar, encorvado, color azul, silbido o sonidos disminuidos en la respiración, falta de respiración, restricción de actividad de moderada a severa, los síntomas permanecen igual o empeoran después de 30 minutos de estar en la Zona Amarilla

**Acción para la escuela:**

1. Dar medicamento(s) de "Rápido Alivio"
2. Si los síntomas no mejoran dentro de los siguientes 15 o 20 minutos con el medicamento de "Rápido Alivio" del alumno, o si los síntomas empeoran, siga el Plan de Emergencia de la Escuela abajo indicado

**PLAN DE EMERGENCIA DE LA ESCUELA**

1. REPITA el/los medicamento(s) de "Rápido Alivio" ahora
2. Llame al 911
3. Póngase en contacto con el padre/tutor y la enfermera de la escuela
4. REPITA el/los medicamento(s) de "Rápido Alivio" en 20 minutos si la ayuda no llega y los síntomas no han mejorado
5. Permanezca con el alumno hasta que lleguen los paramédicos

Nombre del Médico: \_\_\_\_\_ Firma del Médico: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Domicilio: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

Ciudad: \_\_\_\_\_ C.P.: \_\_\_\_\_

Doy mi consentimiento para que el personal de la escuela se comunique con el médico para consulta e intercambio de información según se requiera.

Firma del Padre o Tutor: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_ No. de Teléfono: \_\_\_\_\_

\*Cualquier formulario de Autorización de Medicamento del Médico debe completarse junto con este Plan de Acción.