



Los colores de una luz de tráfico LE ayudará a usar sus medicinas del asma.

**Verde = Zona Adelante!**  
Use la medicina preventiva.

**Amarillo= Zona de Advertencia!**

Agregue la medicina de alivio rápido.

**Rojo = Zona de Peligro!**  
Obtenga ayuda de un doctor.

# PLAN DE ACCIÓN DEL ASMA PARA EL CENTRO DE TEJAS

Para ser completado por Personal Médico Designado y firmado por el Médico

Fecha \_\_\_\_\_

Nombre de Paciente \_\_\_\_\_

Fecha de Nacimiento \_\_\_\_\_

Grado Escolar \_\_\_\_\_

¿Ha ingresado jamás el paciente a Cuidados Intensivos? ( ) Sí ( ) No

¿Ha requerido el paciente la ventilación mecánica? ( ) Sí ( ) No

**Clasifique por favor el asma del paciente.** Refiera a estas elecciones adoptivas del NIH *Guías de la Administración del Asma.*

Clasificación del asma designada por el Médico: ( ) **Templado intermitente** ( ) **Templado persistente**  
( ) **Moderado persistente** ( ) **Severo persistente**

La clasificación	Días con síntomas	Noches con síntomas	FEV1 o PEF (% predicho normal)
Severo persistente	Continuo	Frecuente	≤ 60%
Moderado persistente	Diariamente	≥ 5/mes	> 60% a <80%
Templado persistente	> 2/semana	3 a 4/mes	≥ 80%
Templado intermitente	≤ 2/semana	≤ 2/mes	≥ 80%

PREDICHO NORMAL DE FLUJO MÁXIMO DEL PACIENTE: \_\_\_\_\_ LPM.

**ZONA VERDE: Ningunos síntomas y FM 80-100% de Predicho Normal o Marca Personal- Tome las Medicinas Preventivas**

FLUJO MÁXIMO DE \_\_\_\_\_ A \_\_\_\_\_

Tiene todos estos

- Respira bien
- Ninguna tos o silbido
- Duerme por la noche
- Puede trabajar y jugar.

1. ¿Que medicinas de control están recetadas y cuantas veces son dadas? Nombre y Dosis: \_\_\_\_\_

2. ¿Tiene el paciente el Asma Inducida por Ejercicio? ( ) Sí ( ) No

¿Si tiene esto, que tipo de medicina debe de usar para AIE?

**Tome nada más uno de los tratamientos 15-20 minutos antes de hacer ejercicios**

ALBUTEROL 2 inhalaciones con el espaciador/cámara  ALBUTEROL 1 ampolla en nebulizador

XOPENEX 2 inhalaciones con el espaciador/cámara  XOPENEX 1 ampolla en nebulizador

OTRA: \_\_\_\_\_

**ZONA AMARILLA: Signos de Advertencia o FM 50 – 79% de Predicho Normal o Marca Personal - Continuo con la Medicinas Preventiva**

FLUJO MÁXIMO DE \_\_\_\_\_ A \_\_\_\_\_

Tiene alguno de estos:

- **Primeros signos de un resfriado**
- **Exposición a provocadores conocidos:**
- **Tos que no se quita**
- **Silbido del pecho templado**
- **Usted siente el pecho apretado**

¿En caso de un episodio del asma, qué medicina de alivio rápido debe ser administrada?

Tome un tratamiento cada 4-6 horas como necesario por 24-48 horas.

Reexamine el flujo máximo 15 minutos después del tratamiento

ALBUTEROL \_\_\_\_\_ inhalación(es) con el espaciador/cámara

ALBUTEROL 1 ampolla en nebulizador

XOPENEX \_\_\_\_\_ inhalación(es) con el espaciador/cámara

XOPENEX 1 ampolla en nebulizador

OTRA: \_\_\_\_\_

Si los tratamientos son necesarios para más de 24-48 horas, llame a su doctor.

**ZONA ROJA: Signos de Peligro o FM menos de 50% de Predicho Normal o Marca Personal – Continuo con la Medicina Preventiva**

FLUJO MÁXIMO MENOS DE \_\_\_\_\_

Su asma está empeorando rápidamente:

- La Medicina no esta ayudando
- El respirar es mas difícil y rápido
- Las ventanas de la nariz se abren mas/ aleteo nasal
- Las costillas se muestran durante el respirar
- No puede hablar bien.
- Silbido cuando inhala y exhala.

1. ¿En caso de un episodio del asma, qué medicina de alivio rápido debe ser administrada?

Tome un tratamiento cada 20 minutos hasta tres tratamientos solamente.

Reexamine el flujo máximo 15 minutos después del tratamiento

ALBUTEROL \_\_\_\_\_ inhalación(es) con el espaciador/cámara

ALBUTEROL 1 ampolla en nebulizador

XOPENEX \_\_\_\_\_ inhalación(es) con el espaciador/cámara

XOPENEX 1 ampolla en nebulizador

OTRA: \_\_\_\_\_

2. Obtenga la atención medica **inmediata**- Llame a su doctor. Si está en la escuela, vaya con la enfermera de la escuela. O llame 911

Firma del doctor: \_\_\_\_\_ Nombre del doctor: \_\_\_\_\_ Teléfono ( ) \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

**Para niños en la escuela: Nombre de la escuela: \_\_\_\_\_ Distrito Escolar: \_\_\_\_\_**

Yo, el doctor nombrado y firmado arriba, certifico que el niño nombrado arriba tiene el asma y es capaz de llevar y administrarse las medicinas del asma nombrados arriba. (Texas Inhaler Law.) ( ) Sí ( ) No

Yo doy permiso para que la enfermera de la escuela administre las ordenes del medico dadas arribas y comunicarse con el medico de mi niño con respecto a su asma..

Firma del padre: \_\_\_\_\_ Nombre del padre: \_\_\_\_\_ Teléfono: ( ) \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_