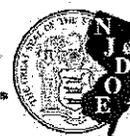
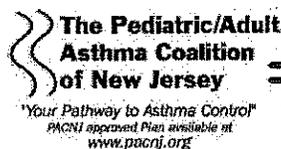


Plan de Tratamiento para el Asma

(Este plan de acción contra el asma cumple con la ley de NJ N.J.S.A. 18A:40-12.8)

(Órdenes del médico)

(en letra de imprenta)



Spanish

Nombre		Fecha de nacimiento	Fecha de vigencia
Médico	Padre, madre o tutor (si corresponde)		Contacto de emergencia
Teléfono	Teléfono		Teléfono

SALUDABLE



Usted presenta todo esto:

- La respiración es buena
- Ausencia de tos o silbido en su pecho
- Duerme toda la noche
- Puede trabajar, hacer ejercicio y jugar

Y/o un flujo máximo de más de _____

Tomo estos medicamento(s) todos los días. Algunos inhaladores con dosis medida (MDI, por sus siglas en inglés) podrían ser más eficaces si se los usa con una cámara inhalatoria, úsela en caso indicado.

MEDICAMENTO	CUÁNTO tomar y CUÁNDO tomarlo
<input type="checkbox"/> Advair® <input type="checkbox"/> 100, <input type="checkbox"/> 250, <input type="checkbox"/> 500	1 inhalación dos veces por día
<input type="checkbox"/> Advair® HFA <input type="checkbox"/> 45, <input type="checkbox"/> 115, <input type="checkbox"/> 230	2 puffs MDI dos veces por día
<input type="checkbox"/> Alvesco® <input type="checkbox"/> 80, <input type="checkbox"/> 160	<input type="checkbox"/> 1, <input type="checkbox"/> 2 puffs MDI dos veces por día
<input type="checkbox"/> Asmanex® Twisthaler® <input type="checkbox"/> 110, <input type="checkbox"/> 220	<input type="checkbox"/> 1, <input type="checkbox"/> 2 inhalaciones <input type="checkbox"/> una o <input type="checkbox"/> dos veces por día
<input type="checkbox"/> Flovent® <input type="checkbox"/> 44, <input type="checkbox"/> 110, <input type="checkbox"/> 220	2 puffs MDI dos veces por día
<input type="checkbox"/> Flovent® Diskus® <input type="checkbox"/> 50, <input type="checkbox"/> 100, <input type="checkbox"/> 250	1 inhalación dos veces por día
<input type="checkbox"/> Pulmicort Flexhaler® <input type="checkbox"/> 90, <input type="checkbox"/> 180	<input type="checkbox"/> 1, <input type="checkbox"/> 2 inhalaciones <input type="checkbox"/> una o <input type="checkbox"/> dos veces por día
<input type="checkbox"/> Pulmicort Respules® <input type="checkbox"/> 0.25, <input type="checkbox"/> 0.5, <input type="checkbox"/> 1.0	1 unidad nebulizada <input type="checkbox"/> una o <input type="checkbox"/> dos veces por día
<input type="checkbox"/> Qvar® <input type="checkbox"/> 40, <input type="checkbox"/> 80	<input type="checkbox"/> 1, <input type="checkbox"/> 2 puffs MDI dos veces por día
<input type="checkbox"/> Singulair® <input type="checkbox"/> 4, <input type="checkbox"/> 5, <input type="checkbox"/> 10 mg	1 tableta diaria
<input type="checkbox"/> Symbicort® <input type="checkbox"/> 80, <input type="checkbox"/> 160	<input type="checkbox"/> 1, <input type="checkbox"/> 2 puffs MDI dos veces por día
<input type="checkbox"/> Otro	
<input type="checkbox"/> Ningunos	

Recuerde enjuagarse la boca después de tomar medicamentos inhalados.

Si el ejercicio desencadena el asma, tome este medicamento _____ minutos antes de hacer ejercicio.

ADVERTENCIA



Usted tiene alguna de estos síntomas:

- Exposición a un disparador conocido
- Tos
- Silbido leve
- Pecho apretado
- Tos nocturna
- Otro: _____

Y/o flujo máximo de _____ a _____

Continúe tomando su(s) medicamento(s) diario(s) y agregue medicamento(s) de acción rápida.

MEDICAMENTO	CUÁNTO tomar y CUÁNDO tomarlo
<input type="checkbox"/> Accuneb® <input type="checkbox"/> 0.63, <input type="checkbox"/> 1.25 mg	1 unidad nebulizado cada 4 horas según necesidad
<input type="checkbox"/> Albuterol® <input type="checkbox"/> 1.25, <input type="checkbox"/> 2.5 mg	1 unidad nebulizado cada 4 horas según necesidad
<input type="checkbox"/> Albuterol® <input type="checkbox"/> Pro-Air® <input type="checkbox"/> Proventil®	2 puffs MDI cada 4 horas según necesidad
<input type="checkbox"/> Ventolin® <input type="checkbox"/> Maxair® <input type="checkbox"/> Xopenex®	2 puffs MDI cada 4 horas según necesidad
<input type="checkbox"/> Xopenex® <input type="checkbox"/> 0.31, <input type="checkbox"/> 0.63, <input type="checkbox"/> 1.25 mg	1 unidad nebulizado cada 4 horas según necesidad
<input type="checkbox"/> Aumentar la dosis de, o agregar:	
<input type="checkbox"/> Otro	

➔ Si necesita un medicamento de acción rápida más de 2 veces por semana, excepto antes del ejercicio, llame a su médico.

EMERGENCIA

Su asma empeora rápidamente:



- El medicamento de acción rápida no le ayudó en un lapso de 15 a 20 minutos
- La respiración es difícil y rápida
- Las aletas de la nariz se abren
- Se le ven las costillas
- Tiene problemas para caminar y para hablar
- Tiene los labios azules
- Tiene las uñas azules

Y/o un flujo máximo por debajo de _____

Tome estos medicamentos AHORA y llame al 911.

El asma puede ser una enfermedad potencialmente mortal. ¡No espere!

<input type="checkbox"/> Accuneb® <input type="checkbox"/> 0.63, <input type="checkbox"/> 1.25 mg	1 unidad nebulizada cada 20 minutos
<input type="checkbox"/> Albuterol® <input type="checkbox"/> 1.25, <input type="checkbox"/> 2.5 mg	1 unidad nebulizada cada 20 minutos
<input type="checkbox"/> Albuterol® <input type="checkbox"/> Pro-Air® <input type="checkbox"/> Proventil®	2 puffs MDI cada 20 minutos
<input type="checkbox"/> Ventolin® <input type="checkbox"/> Maxair® <input type="checkbox"/> Xopenex®	2 puffs MDI cada 20 minutos
<input type="checkbox"/> Xopenex® <input type="checkbox"/> 0.31, <input type="checkbox"/> 0.63, <input type="checkbox"/> 1.25 mg	1 unidad nebulizada cada 20 minutos
<input type="checkbox"/> Otro	

Disparadores

Marcar todos los factores que disparan el asma del paciente:

- Polvo de fiza
- Humo de cigarrillo y humo de segunda mano
- Resfriados/gripe
- Ácaros, polvo, peluches, alfombras
- Ejercicio
- Moho
- Días de alerta de ozono
- Piagas – roedores y cucarachas
- Mascotas – caspa de los animales
- Plantas, flores, césped cortado, polen
- Olores fuertes, perfumes, productos de limpieza, productos perfumados
- Cambios repentinos de temperatura
- Humo de la madera
- Alimentos:

Otro: _____

Este plan de tratamiento para el asma está destinado a ayudar, no a reemplazar, a la toma de decisiones clínicas requerida para satisfacer las necesidades individuales de cada

La firma y el reconocimiento de este formulario por medio de padres y guardianes indican que *Morris Hills Regional District* no será responsable por daños resultados debido a la administración de medicamentos, a sí mismo, por el estudiante. Además, los padres y guardianes indemnizarán y no harán responsables a *Morris Hills Regional District* ni a sus afiliados, tales como a sus empleados por ningún tipo de reclamos causados por la administración del medicamento, a sí mismo, por el estudiante.

La Coalición contra el asma pediátrico y adulto de Nueva Jersey, patrocinada por la Asociación Norteamericana del Pulmón de Nueva Jersey, y esta publicación están apoyadas por una línea del Departamento de Salud y Servicios para Personas de la Tercera Edad (NJHSS), por sus siglas en inglés, con fondos suministrados por los Centros para el Control y Prevención de Enfermedades de los Estados Unidos (USCDC), por sus siglas en inglés bajo el Acuerdo de Cooperación 5U56H000206-2. Su contenido es de exclusiva responsabilidad de los autores y no representa necesariamente la opinión oficial de NJHSS o USCDC.

Aunque este documento ha sido financiado en su totalidad o en parte por la Agencia de Protección Ambiental de los Estados Unidos bajo los Acuerdos: NAS960401-4 y NAS97256701-1 para la Asociación Norteamericana del Pulmón de Nueva Jersey, no ha pasado por el proceso de revisión de publicaciones de la Agencia y por lo tanto, no necesariamente reflejan los puntos de vista de la Agencia y no se deberá inferir ningún apoyo oficial.

REVISADO EN MAYO DE 2009

Permiso para reproducir el formulario en blanco aprobado por www.pacnj.org

SOLO PARA MENORES:

- Este estudiante es capaz y se le ha enseñado el método correcto para que se administre a sí mismo los medicamentos inhalados no nebulizados nombrados arriba según la Ley de NJ.
- Este estudiante no tiene la aprobación para automedicarse.

Haga una copia para el paciente y para el registro del médico. Para niños menores de 18 años, enviar el original a la enfermera de la escuela o al proveedor de atención infantil.

MÉDICO/APN/PA FIRMA _____ FECHA _____

PADRE, MADRE O TUTOR FIRMA _____

SELLO DEL MÉDICO