

Nombre: _____ Fecha de nacimiento: _____

Gravedad del asma: ☐ Intermitente ☐ Persistente leve ☐ Persistente moderado ☐ Persistente grave
☐ Él o ella ha tenido muchas o graves crisis/exacerbaciones de asma

 **Zona verde** Haga que el niño tome estos medicamentos todos los días, incluso cuando se sienta bien.

Utilice siempre un espaciador con los inhaladores según las indicaciones.

Medicamento(s) de control: _____

Medicamento(s) de control administrado(s) en la escuela: _____

Medicamento de rescate: _____ Inhalaciones cada cuatro horas según sea necesario

Medicina para el ejercicio: _____ Inhalaciones 15 minutos antes de la actividad según sea necesario

 **Zona** Comience el plan de tratamiento de la enfermedad si el niño presenta tos, sibilancias, dificultad para respirar u opresión en el pecho. Haga que el niño tome todos estos medicamentos cuando esté enfermo.

Medicamento de rescate: _____ Inhalaciones cada 4 horas según sea necesario

Medicamento(s) de control:

☐ Continuar con los medicamentos de la Zona verde: _____

☐ Añadir: _____

☐ Cambiar: _____

Si el niño está en la Zona **amarilla** más de **24** horas o empeora, siga el protocolo de la Zona **roja** y llame al médico de inmediato

 **Zona roja** Si la respiración es dificultosa y acelerada, las costillas sobresalen y tiene problemas para caminar, hablar o dormir.
Obtenga ayuda ahora mismo

Tome el(los) medicamento(s) de rescate ahora

Medicamento de rescate: _____ inhalaciones cada _____

Tomar: _____

Si el niño no mejora enseguida, llame al 911

Llame al médico siempre que el niño se

Factores desencadenantes del asma: (Lista)

Personal de la escuela: Siga los planes de la Zona amarilla y roja para los medicamentos de rescate según los síntomas del asma.

A menos que se indique lo contrario, los únicos medicamentos de control que deben administrarse en la escuela son los que figuran como "administrados en la escuela" en la Zona verde.

☐ Tanto el proveedor del tratamiento del asma como los padres consideran que el niño puede llevar consigo y autoadministrarse sus inhaladores

☐ La enfermera de la escuela está de acuerdo con que el alumno se autoadministre los inhaladores

Nombre en letra de imprenta e información de contacto del proveedor del tratamiento para el asma:

Firma del proveedor del tratamiento para el asma:

Fecha:

Padre/madre/tutor: Autorizo por escrito que los medicamentos enumerados en el Plan de acción sean administrados en la escuela por la enfermera u otros miembros del personal de la escuela, según proceda. Doy mi consentimiento para la comunicación entre el proveedor de atención médica/clínica que prescribe el medicamento, la enfermera de la escuela, el asesor médico de la escuela y los proveedores de la clínica de salud de la escuela necesaria para el control del asma y la administración de este medicamento.

Firma del padre/madre/tutor:

Enfermera escolar Revisado:

Fecha:

Fecha:

Por favor, envíe una copia firmada al proveedor arriba indicado.