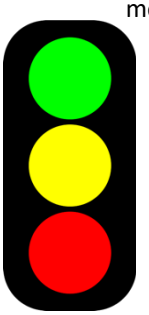
Farmington Municipal Schools Health Services
Plan de Acción Para el Asma

Nombre del Estudiante:	Fecha de Nacimiento:
Nombre del Medico:	Medico Telefono:
Objetivo del Paciente:	Mejor Flujo Pico: Nivel de Severidad:
***Importante!* Disparadores para evitar:** ☐ Aire Frío ☐ Ejercicio ☐ Animales ☐ Humo ☐ Polvo ☐ La Contaminació del Aire ☐ Comida ☐ Other:	
☐ Administrar medicamento con la supervisión de un adulto ☐ Autoadministrarse medicamento/inhalador ☐ Inhalador autoportante	

PADRES: Las copias deben ir a la escuela de su hijo y mantener una copia para su hogar.

Los colores de un semáforo lo ayudarán a usar sus medicamentos para el asma.



Verde significa **ir a la zona!**
Usar medicina preventiva.

Amarillo significa **zona de precaución!**
Agregar medicamento de alivo rápido.

Rojo significa **zona de peligra!**
Obtener ayuda de un medico.

IR (green)

Tienes todos estos:
- La respiración es buena
- Sin tos ni sibilancies
- Dormir todo la noche
- Puede trabajar y jugar

Use estos medicamentos preventivos y antiinflmatorios diarios

MEDICAMENTO	CUÁNTO	CUÁNDO

PRECAUCIÓN (amarillo)

Tienes alguno de estos:
- Primeros síntomas de un resfridado
- Exposición al desencadenante
- Tos
- Sibilancia leve
- Opresión en el pecho
- Tos por la noche

Continuar con la medicina de la zona verde y agregar:

MEDICAMENTO	CUÁNTO	CUÁNDO

PELIGRA (rojo)

Su asma está empeorando rápidamente:
- La medicina no está ayudando
- La respiración es fuerte y rápida
- La nariz se abre mucho
- Muestran las costillas
- No puedo hablar bien

Tome estos medicamentos y llame a su medico ahora:

MEDICAMENTO	CUÁNTO	CUÁNDO

Obtener ayuda de un medico ahora. No tengas miedo de causar un escándalo. Puede marcar el 911 para asistencia de emergencia. Es importante! Si no puede comunicarse con su medico, vaya a la sala de emergencias. NO ESPERES.
Haga una cita con su proveedor dentro de los días de una visita a la sala de emergencias.

Firma Medica: _____ Fecha: _____

Firma del Padre: _____ Fecha: _____

Firma de la Enfermera de la Escuela: _____ Fecha: _____

Revised: 02/2022