



Name: _____ School: _____ DOB: ____ / ____ / ____

Severity Classification: ☐ Intermittent ☐ Mild Persistent ☐ Moderate Persistent ☐ Severe Persistent

Asthma Triggers (list): _____

Date Completed: ____ / ____ / ____ Vaccinations updated: ☐ Yes ☐ No



Green Zone: Doing Well

Symptoms: Breathing is good – No cough or wheeze – Can work and play – Sleep well at night

Control Medicine(s)	Medicine	How much to take	When and how often to take it	Take at
	_____	_____	_____	☐ Home ☐ School
Quick Relief Medicine(s)	_____	_____	_____	☐ Home ☐ School
SMART/ MART	☐ ICS/Formoterol _____ puff(s) with spacer _____ (daily max dose 12 puffs for ages 12+ yrs & 8 puffs for ages 4-11 yrs)			
Exercise Induced	☐ Use quick-relief medicine 10 minutes before physical activity as instructed			



Yellow Zone: Caution

Symptoms: Some problems breathing – Cough, wheeze, or tight chest – Problems working or playing – Wake at night

	Medicine	How much to take	When and how often to take it
Quick-relief Medicine(s)	☐ _____	_____	_____
Control Medicine(s)	☐ Continue Green Zone medicines		
SMART as quick reliever	☐ ICS/Formoterol _____ puff(s) with spacer _____ (daily max dose 12 puffs for ages 12+ yrs & 8 puffs for ages 4-11 yrs)		
Other	☐ _____	_____	_____

every 20 minutes for up to 1 hour
OR Nebulizer (use once)

You should feel better within 20–60 minutes of the quick-relief treatment. If you are getting worse THEN follow the instructions in the RED ZONE and call your doctor or 911 right away!



Red Zone: Get Help Now!

Symptoms: Lots of problems breathing – Cannot work or play – Getting worse instead of better – Medicine is not helping – I feel very sick

Take Quick-relief Medicine NOW!

	Medicine	How much to take	When and how often to take it
	☐ _____	_____ (puffs)	_____
SMART as quick reliever	☐ ICS/Formoterol _____ puff(s) with spacer _____		
Other	☐ _____	_____	_____

Call 911 immediately if the following danger signs are present:

- Trouble walking/talking due to shortness of breath
- Lips or fingernails are blue
- Still in the red zone after 15 minutes

Parent/Guardian

- ☐ I give permission for the medicines listed in the action plan to be administered in school by the nurse or designated trained staff.
- ☐ I consent to communication between the prescribing health care provider or clinic, the school nurse, the school medical advisor or school-based health clinic providers necessary for asthma management and administration of this medicine.

Name _____ Date _____ Phone (____) ____ - ____ Signature _____

Healthcare Provider

Name _____ Date _____ Phone (____) ____ - ____ Signature _____

School Nurse

- ☐ The student has demonstrated the skills to carry and self-administer their quick-relief inhaler, including when to tell an adult if symptoms do not improve after taking the medicine.

Name _____ Date _____ Phone (____) ____ - ____ Signature _____



Nombre: _____ Escuela: _____ Fecha de nacimiento: ____ / ____ / ____

Clasificación de gravedad: ☐ Intermitente ☐ Leve persistente ☐ Moderado persistente ☐ Grave persistente

Desencadenantes del asma (lista): _____

Fecha de finalización: ____ / ____ / ____ Vacunas actualizadas: ☐ Sí ☐ No



Zona verde: En buen estado

Síntomas: Respira bien – No tose ni tiene sibilancias – Puede trabajar y jugar – Duerme bien por la noche

Medicamento(s) de control	Medicamento	Cuánto tomar	Cuándo y con qué frecuencia tomarlo	Tomar en
	_____	_____	_____	☐ Hogar ☐ Escuela
Medicamento(s) de alivio rápido	_____	_____	_____	☐ Hogar ☐ Escuela
SMART/MART	☐ ICS/Formoterol _____ inhalación(es) con espaciador _____ (dosis máxima diaria: 12 inhalaciones para mayores de 12 años y 8 inhalaciones para mayores de 4 a 11 años)			
Ejercicio inducido	☐ Use el medicamento de alivio rápido 10 minutos antes de la actividad física según las indicaciones			



Zona amarilla: Precaución

Síntomas: Algunos problemas para respirar – Tos, sibilancias o presión en el pecho – Problemas para trabajar o jugar – Despertarse por la noche

	Medicamento	Cuánto tomar	Cuándo y con qué frecuencia tomarlo
Medicamento(s) de alivio rápido	☐ _____	_____	<i>cada 20 minutos durante hasta 1 hora o nebulizador (usar una vez)</i>
Medicamentos de control	☐ Continuar con los medicamentos de la Zona verde		
SMART como alivio rápido	☐ ICS/Formoterol _____ inhalación(es) con espaciador _____ (dosis máxima diaria: 12 inhalaciones para mayores de 12 años y 8 inhalaciones para mayores de 4 a 11 años)		
Otro	☐ _____		

Debería sentirse mejor entre 20 y 60 minutos después del tratamiento de alivio rápido. Si está empeorando, ENTONCES siga las instrucciones en la ZONA ROJA y llame a su médico o al 911 de inmediato.



Zona roja: ¡Obtenga ayuda ahora!

Síntomas: Muchos problemas para respirar – No puede trabajar ni jugar – Está empeorando en lugar de mejorar – Los medicamentos no ayudan – Me siento muy enfermo

¡Tome medicamentos de alivio rápido AHORA!

	Medicamento	Cuánto tomar	Cuándo y con qué frecuencia tomarlo
	☐ _____	_____ (inhalaciones)	_____
SMART como alivio rápido	☐ ICS/Formoterol _____ inhalación(es) con espaciador _____		
Otro	☐ _____		

Llame al 911 inmediatamente si se presentan los siguientes signos de peligro:

- Dificultad para caminar o hablar debido a la falta de aliento
- Los labios o las uñas están azules
- Sigue en zona roja después de 15 minutos

Padre/Tutor

☐ Doy permiso para que los medicamentos enumerados en el plan de acción sean administrados en la escuela por la enfermera o el personal capacitado designado.

☐ Doy mi consentimiento para la comunicación entre el proveedor de atención médica o la clínica que prescribe, el personal de enfermería escolar, el asesor médico escolar o los proveedores de clínicas de salud escolares necesarios para el manejo del asma y la administración de este medicamento.

Nombre _____ Fecha _____ Teléfono (____) ____ - ____ Firma _____

Proveedor de atención médica

Nombre _____ Fecha _____ Teléfono (____) ____ - ____ Firma _____

Personal de enfermería escolar

☐ El estudiante ha demostrado las habilidades para llevar y autoadministrarse su inhalador de alivio rápido, incluido cuándo informar a un adulto si los síntomas no mejoran después de tomar el medicamento.

Nombre _____ Fecha _____ Teléfono (____) ____ - ____ Firma _____