

Plan de tratamiento contra el asma

SPANISH

Patient Name: _____

Medical Record #: _____

Nombre del proveedor: _____ DOB: _____

N.º de teléfono del proveedor: _____ Completado por: _____ Fecha: _____

Medicamentos de control	Cantidad que se debe tomar	Con qué frecuencia se deben tomar	Otras instrucciones
		_____ veces por día TODOS LOS DÍAS	☐ Hacerse gárgaras o enjuagarse la boca después de tomar el medicamento
		_____ veces por día TODOS LOS DÍAS	
		_____ veces por día TODOS LOS DÍAS	
		_____ veces por día TODOS LOS DÍAS	
Medicamentos de alivio rápido	Cantidad que se debe tomar	Con qué frecuencia se deben tomar	Otras instrucciones
☐ Albuterol (ProAir, Ventolin, Proventil) ☐ Levalbuterol (Xopenex)	☐ 2 inhalaciones ☐ 4 inhalaciones ☐ 1 tratamiento con nebulizador	Deben tomarse SÓLO en caso de ser necesario (ver debajo; comenzar en la Zona amarilla o antes de hacer ejercicio)	NOTA: Si necesita tomar este medicamento más de dos días a la semana, llame a su médico para consultar sobre la necesidad de un aumento de dosis para los medicamentos de control, y para conversar sobre su plan de tratamiento.

Instrucciones especiales en caso de que  *Se sienta bien*,  *empeore o*,  *tenga una emergencia médica.*

Se siente *bien*.

ZONA VERDE

- No tiene tos, resuellos, opresión en el pecho ni dificultad para respirar durante el día o la noche.
- Puede realizar las actividades habituales.



Capacidad pulmonar máxima (para personas de 5 años en adelante): es _____ o más. (80% o más de su mejor nivel de capacidad pulmonar máxima)

Su mejor nivel de capacidad pulmonar máxima (para las personas de 5 años en adelante): _____

Debe **PREVENIR** los síntomas del asma todos los días:

- ☐ Tome los medicamentos de control (mencionados arriba) todos los días.
- ☐ Antes de hacer ejercicio, adminístrese _____ dosis de _____
- ☐ Evite aquello que pueda empeorar el asma. (Ver el reverso del formulario)

Su estado *empeora*.

ZONA AMARILLA

- Tiene tos, resuellos, opresión en el pecho, dificultad para respirar o
- Se despierta por las noches debido a los síntomas del asma, o
- Puede realizar algunas de sus actividades habituales, pero no todas.



Capacidad pulmonar máxima (para personas de 5 años en adelante): _____ a _____ (50% al 79% de su mejor nivel de capacidad pulmonar máxima)

PRECAUCIÓN. Continúe tomando los medicamentos de control todos los días, Y:

- ☐ Reciba _____ inhalaciones o _____ el medicamento de alivio rápido por medio de nebulizador. Si no vuelve a la **Zona verde** en el plazo de 20 o 30 minutos, debe tomar _____ inhalaciones o tratamientos con nebulizador más. Si no vuelve a la **Zona verde** en una hora, entonces debe:
- ☐ Aumentar _____
- ☐ Agregar _____
- ☐ Llamar _____
- ☐ Continúe usando los medicamentos de alivio rápido cada 4 horas según sea necesario. Llame al proveedor si no mejora en _____ días.

Emergencia médica

ZONA ROJA

- Mucha dificultad para respirar, o
- Los medicamentos de alivio rápido no le han ayudado, o
- No puede realizar las actividades habituales, o
- Los síntomas son los mismos o empeoran después de 24 horas.



Capacidad pulmonar máxima (para personas de 5 años en adelante): menos de _____ (50% de su mejor nivel de capacidad pulmonar máxima)

ALERTA MÉDICA ¡Pida ayuda!

- ☐ Tome medicamentos de alivio rápido: _____ inhalaciones cada _____ minuto y pida ayuda de inmediato.
- ☐ Tome _____
- ☐ Llame _____

Peligro. ¡Pida ayuda de inmediato! Llame al 911 si tiene problemas para caminar o hablar debido a la dificultad para respirar, o si tiene los labios o las uñas grises o morados. Si se trata de un niño, llame al 911 en caso de que se le hunda la piel de alrededor del cuello y las costillas durante la respiración, o si el niño no responde normalmente.

Health Care Provider: My signature provides authorization for the above written orders. I understand that all procedures will be implemented in accordance with state laws and regulations. Student may self carry asthma medications: ☐ Yes ☐ No self administer asthma medications: ☐ Yes ☐ No (This authorization is for a maximum of one year from signature date.)

Healthcare Provider Signature _____

Date _____