



# MY ASTHMA ACTION PLAN

Please complete with your doctor.



Name: \_\_\_\_\_ Date of Birth: \_\_\_\_\_

Doctor's Name: \_\_\_\_\_ Doctor's Phone Number: \_\_\_\_\_

Emergency Contact: \_\_\_\_\_ Emergency Contact Phone: \_\_\_\_\_

My triggers are:  Pollen  Air pollution  Mold  Dust mites  Smoke  Strong smells  
 Cockroaches  Exercise  Animals  Colds  Food \_\_\_\_\_  Other \_\_\_\_\_

My asthma level is:  1 Intermittent  2 Mild Persistent  3 Moderate Persistent  4 Severe Persistent

**I feel GOOD (Green Zone)**

- Breathing is good, and
- No cough, tight chest, or wheeze, and
- Can work and exercise easily

Peak Flow Numbers: \_\_\_\_\_ to \_\_\_\_\_

Take asthma long-term control medicine everyday.

Medicine: \_\_\_\_\_ How taken: \_\_\_\_\_ How much: \_\_\_\_\_ When: \_\_\_\_\_ times a day

\_\_\_\_\_ times a day

\_\_\_\_\_ times a day

15-20 minutes before exercise or sports, take \_\_\_\_\_ puffs of \_\_\_\_\_ using a spacer.

**I DO NOT feel good (Yellow Zone)**

- Cough or wheeze, or
- Tight chest, or
- Hard to breath, or
- Wake up at night, or
- Can't do all activities, or (work & exercise)

Peak Flow Numbers: \_\_\_\_\_ to \_\_\_\_\_

**TAKE** \_\_\_\_\_ puffs of quick-relief medicine. If not back in the Green Zone within 20 to 30 minutes, take \_\_\_\_\_ more puffs.

Medicine: \_\_\_\_\_ How taken: \_\_\_\_\_ How much: \_\_\_\_\_ When: \_\_\_\_\_ every \_\_\_\_\_ hours

**KEEP USING** long-term control medicine.

Medicine: \_\_\_\_\_ How taken: \_\_\_\_\_ How much: \_\_\_\_\_ When: \_\_\_\_\_ times a day

\_\_\_\_\_ times a day

Call your doctor if quick-relief medicine does not work OR if these symptoms happen more than twice a week.

**I feel AWFUL (Red Zone)**

- Medicine does not help, or
- Breathing is hard or fast, or
- Can't talk or walk well, or
- Chest pain, or
- Feel scared

Peak Flow Numbers: Under \_\_\_\_\_

**Get help now!** Take these quick-relief medicines until you get emergency care:

Medicine: \_\_\_\_\_ How taken: \_\_\_\_\_ How much: \_\_\_\_\_ When: \_\_\_\_\_ times a day

\_\_\_\_\_ times a day

\_\_\_\_\_ times a day

**Get emergency care/Call 911** if you can't walk or talk because it is too hard to breathe OR if drowsy OR if lips or fingernails are gray or blue. **DO NOT WAIT!**

Sign Here

Physician signature: \_\_\_\_\_ Date: \_\_\_\_\_



# MI PLAN DE ACCIÓN CONTRA EL ASMA

*Por favor  
complete  
con su  
médico.*




Nombre: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_

Nombre del médico: \_\_\_\_\_ Número de teléfono del médico: \_\_\_\_\_

Contacto para emergencias: \_\_\_\_\_ Teléfono del contacto para emergencias: \_\_\_\_\_

Mis desencadenantes son:  Polen  Contaminación atmosférica  Moho  Ácaros del polvo  Humo  Olores fuertes  
 Cucarachas  Ejercicio  Animales  Resfriados  Alimentos \_\_\_\_\_  Otro \_\_\_\_\_


El nivel de mi asma es:  1 Intermitente  2 Persistente  3 Moderado Persistente  4 Severo Persistente

**Me siento BIEN (zona verde)**   
 • Mi respiración es buena, y  
 • No tengo tos, opresión en el pecho ni sibilancia, y  
 • Puedo trabajar y hacer ejercicio fácil

Tome medicamentos de control del asma a largo plazo todos los días.  
 Medicamento: \_\_\_\_\_ Cómo se toma: \_\_\_\_\_ Cuánto: \_\_\_\_\_ Cuándo: \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_ veces por día  
 \_\_\_\_\_ veces por día  
 \_\_\_\_\_ veces por día

Valores del flujo máximo:  
 \_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_

Entre 15 y 20 minutos antes de hacer ejercicio o practicar deportes, inhale \_\_\_\_\_ dosis de \_\_\_\_\_ con un espaciador.


**NO me siento bien (zona amarilla)**   
 • Tos o sibilancia, o  
 • Opresión en el pecho, o  
 • Dificultad para respirar, o  
 • Me despierto por la noche, o  
 • No puedo hacer todas las actividades (trabajo y ejercicio)

**INHALE** \_\_\_ dosis de medicamento de alivio rápido. Si no vuelve a la zona verde dentro de los 20 a 30 minutos siguientes, inhale \_\_\_ dosis más.  
 Medicamento: \_\_\_\_\_ Cómo se toma: \_\_\_\_\_ Cuánto: \_\_\_\_\_ Cuándo: \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_ cada \_\_\_\_\_ horas

**SIGA USANDO** medicamentos de control a largo plazo.  
 Medicamento: \_\_\_\_\_ Cómo se toma: \_\_\_\_\_ Cuánto: \_\_\_\_\_ Cuándo: \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_ veces por día  
 \_\_\_\_\_ veces por día

Valores del flujo máximo:  
 \_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_

Llame a su médico si el medicamento de alivio rápido no funciona O si estos síntomas se presentan más de dos veces por semana.

**Me siento MUY MAL (zona roja)**   
 • El medicamento no me ayuda, o  
 • Mi respiración es dificultosa o acelerada, o  
 • No puedo hablar o caminar bien, o  
 • Dolor en el pecho, o  
 • Me asusto

**¡Obtenga ayuda ahora!** Tome estos medicamentos de alivio rápido hasta que reciba atención de emergencia:  
 Medicamento: \_\_\_\_\_ Cómo se toma: \_\_\_\_\_ Cuánto: \_\_\_\_\_ Cuándo: \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_ veces por día  
 \_\_\_\_\_ veces por día  
 \_\_\_\_\_ veces por día

Valores del flujo máximo:  
 Menos de \_\_\_\_\_

**Obtenga atención de emergencia/Llame al 911** si no puede caminar o hablar porque le cuesta demasiado respirar O se siente somnoliento O tiene los labios o las uñas de color gris o azul. **¡NO ESPERE!**

**Firme aquí**

Firma del médico: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_



# MY CHILD'S ASTHMA ACTION PLAN

Please  
complete  
with your  
doctor.



Name: \_\_\_\_\_ Date of Birth: \_\_\_\_\_

Doctor's Name: \_\_\_\_\_ Doctor's Phone Number: \_\_\_\_\_

Emergency Contact: \_\_\_\_\_ Emergency Contact Phone: \_\_\_\_\_

My triggers are:  Pollen  Air pollution  Mold  Dust mites  Smoke  
 Strong smells  Cockroaches  Exercise  Animals  Colds  
 Food \_\_\_\_\_  Other \_\_\_\_\_

My asthma level is:  1 Intermittent  2 Mild Persistent  3 Moderate Persistent  4 Severe Persistent



## My child feels GOOD (Green Zone)

- Breathing is good, and
- No cough, tight chest, or wheeze, and
- Can work and exercise easily

Peak Flow Numbers:  
\_\_\_\_\_ to \_\_\_\_\_

Take asthma long-term control medicine everyday.

Medicine: \_\_\_\_\_ How taken: \_\_\_\_\_ How much: \_\_\_\_\_ When: \_\_\_\_\_ times a day  
 \_\_\_\_\_ times a day  
 \_\_\_\_\_ times a day

15-20 minutes before exercise or sports, my child should take \_\_\_\_\_ puffs of \_\_\_\_\_ using a spacer.



## My child does NOT feel good (Yellow Zone)

- Cough or wheeze, or
- Tight chest, or
- Hard to breath, or
- Wake up at night, or
- Can't do all activities (work & play)

Peak Flow Numbers:  
\_\_\_\_\_ to \_\_\_\_\_

Have your child **TAKE** \_\_\_\_\_ puffs of quick-relief medicine. If not back in the Green Zone within 20 to 30 minutes, take \_\_\_\_\_ more puffs.

Medicine: \_\_\_\_\_ How taken: \_\_\_\_\_ How much: \_\_\_\_\_ When: \_\_\_\_\_ every \_\_\_\_\_ hours

**KEEP USING** long-term control medicine.

Medicine: \_\_\_\_\_ How taken: \_\_\_\_\_ How much: \_\_\_\_\_ When: \_\_\_\_\_ times a day  
 \_\_\_\_\_ times a day

Call your doctor if quick-relief medicine does not work OR if these symptoms happen more than twice a week.



## My child feels AWFUL (Red Zone)

- Medicine does not help, or
- Breathing is hard or fast, or
- Can't talk or walk well, or
- Chest pain, or
- Feel scared

Peak Flow Numbers:  
Under \_\_\_\_\_

**Get help now!** Have your child take these quick-relief medicines until child gets emergency care:

Medicine: \_\_\_\_\_ How taken: \_\_\_\_\_ How much: \_\_\_\_\_ When: \_\_\_\_\_ times a day  
 \_\_\_\_\_ times a day  
 \_\_\_\_\_ times a day

**Get emergency care/Call 911** if your child can't walk or talk because it is too hard to breathe OR if drowsy OR if lips or fingernails are gray or blue. **DO NOT WAIT!**

\*Send a copy of your child's action plan to their teachers and the school nurse.

Sign  
Here

Physician signature: \_\_\_\_\_ Date: \_\_\_\_\_



# EL PLAN DE ACCIÓN

## CONTRA EL ASMA DE MI HIJO

Por favor  
complete  
con su  
médico.



Nombre: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_

Nombre del médico: \_\_\_\_\_ Número de teléfono del médico: \_\_\_\_\_

Contacto para emergencias: \_\_\_\_\_ Teléfono del contacto para emergencias: \_\_\_\_\_

Los desencadenantes de mi hijo son:  Polen  Contaminación atmosférica  Moho  Ácaros del polvo  
 Humo  Olores fuertes  Cucarachas  Ejercicio  Animales  
 Resfriados  Alimentos \_\_\_\_\_  Otro \_\_\_\_\_

El nivel de mi asma es:  1 Intermitente  2 Persistente  3 Moderado Persistente  4 Severo Persistente



### Mi hijo se siente BIEN (zona verde)

- Su respiración es buena, y
- No tiene tos, opresión en el pecho ni sibilancia, y
- Puede trabajar y hacer ejercicio fácil

Valores del flujo máximo:  
\_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_

Tome medicamentos de control del asma a largo plazo todos los días.

Medicamento: \_\_\_\_\_ Cómo se toma: \_\_\_\_\_ Cuánto: \_\_\_\_\_ Cuándo: \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_ veces por día  
 \_\_\_\_\_ veces por día  
 \_\_\_\_\_ veces por día

Entre 15 y 20 minutos antes de hacer ejercicio o practicar deportes, mi hijo debe inhale \_\_\_\_\_ dosis de \_\_\_\_\_ con un espaciador.



### Mi hijo NO se siente bien (zona amarilla)

- Tos o sibilancia, o
- Opresión en el pecho, o
- Dificultad para respirar, o
- Me despierto por la noche, o
- No puedo hacer todas las actividades (trabajo y ejercicio)

Valores del flujo máximo:  
\_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_

Haga que su hijo **INHALE** \_\_\_\_\_ dosis de medicamento de alivio rápido. Si no vuelve a la zona verde dentro de los 20 a 30 minutos siguientes, debe inhale \_\_\_\_\_ dosis más.

Medicamento: \_\_\_\_\_ Cómo se toma: \_\_\_\_\_ Cuánto: \_\_\_\_\_ Cuándo: \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_ cada \_\_\_\_\_ horas

**SIGA USANDO** medicamentos de control a largo plazo.

Medicamento: \_\_\_\_\_ Cómo se toma: \_\_\_\_\_ Cuánto: \_\_\_\_\_ Cuándo: \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_ veces por día  
 \_\_\_\_\_ veces por día

Llame a su médico si el medicamento de alivio rápido no funciona O si estos síntomas se presentan más de dos veces por semana.



### Me siento MUY MAL (zona roja)

- El medicamento no me ayuda, o
- Mi respiración es dificultosa o acelerada, o
- No puedo hablar o caminar bien, o
- Dolor en el pecho, o
- Se asusta

Valores del flujo máximo:  
Menos de \_\_\_\_\_

**¡Obtenga ayuda ahora!** Haga que su hijo tome estos medicamentos de alivio rápido hasta que reciba atención de emergencia:

Medicamento: \_\_\_\_\_ Cómo se toma: \_\_\_\_\_ Cuánto: \_\_\_\_\_ Cuándo: \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_ veces por día  
 \_\_\_\_\_ veces por día  
 \_\_\_\_\_ veces por día

**Obtenga atención de emergencia/Llame al 911** si su hijo no puede caminar o hablar porque le cuesta demasiado respirar O se siente somnoliento O tiene los labios o las uñas de color gris o azul. **¡NO ESPERE!**

\*Envíe una copia del plan de acción de su hijo a sus maestros y a la enfermera de la escuela.

Firme  
aquí

Firma del médico: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

# Using an Asthma Action Plan

Sit down with your doctor to develop an Asthma Action Plan. A plan can be very helpful, especially during an asthma flare-up.

## Your Asthma Action Plan Can Help You Decide:

- What medicines to take
- When to take them
- How much to take
- When and how to get help

## Your Asthma Action Plan Should Include:

- Emergency phone numbers
- Asthma flare-up information
- How to use your peak flow readings to show what peak flow zone you are in (see table at right)

## Sharing Your Plan

You may want to give a copy to friends, relatives, teachers, coaches, neighbors, and babysitters so that they can help you if you have a flare-up.



Share your Asthma Action Plan with others.

An Asthma Action Plan may use 3 color “zones” to help you decide what to do:

### GREEN ZONE

**Your breathing is good.**

Take your green zone medicines every day to keep most asthma flare-ups from starting.

### YELLOW ZONE

**You're having a flare-up.**

Take your yellow zone medicines to keep it from getting worse.

### RED ZONE

**You're having a serious flare-up.**

Take your red zone medicines and get help now.

Discuss the plan every 3 to 6 months with your doctor or nurse.

## Notes

If you have questions, please contact:

Doctor's address printed here.