



L.A. Care



# El Plan de Acción para el Asma de mi Hijo

Favor de completar lo siguiente con su médico.

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

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

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

Mis causantes son:  polen  contaminación atmosférica  moho  ácaros del polvo  humo  
 olores fuertes  cucarachas  ejercicio  animales  resfriados  
 estrés  no tomar el medicamento para el asma  alimentos \_\_\_\_\_  otro \_\_\_\_\_

Mi nivel de asma es:  1: intermitente  2: leve persistente  3: moderado persistente  4: grave persistente



## Mi hijo se siente BIEN (zona verde)

- Su respiración es buena; y
- no tiene tos, opresión en el pecho ni respiración sibilante; y
- puede trabajar y hacer ejercicio fácilmente.

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

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

Medicamentos:	Cómo se toman:	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 realizar \_\_\_\_\_ inhalaciones de \_\_\_\_\_ utilizando un espaciador.



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

- Tos o respiración sibilante; u
- opresión en el pecho; o
- tiene dificultad para respirar; o
- se despierta por la noche; o
- no puede hacer todas las actividades (trabajo y ejercicio).

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

Haga que su hijo **REALICE** \_\_\_\_\_ inhalaciones de medicamento de alivio rápido. Si no vuelve a la zona verde dentro de los 20 a 30 minutos siguientes, realice \_\_\_\_\_ inhalaciones más.

Medicamentos:	Cómo se toman:	Cuánto:	Cuándo:
_____	_____	_____	_____ cada _____ horas

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

Medicamentos:	Cómo se toman:	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.



## Mi hijo se siente MUY MAL (zona roja)

- El medicamento no le ayuda; o
- respira con dificultad o aceleradamente; o
- no puede hablar o caminar bien; o
- tiene dolor en el pecho; o
- se siente asustado.

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

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

Medicamentos:	Cómo se toman:	Cuánto:	Cuándo:
_____	_____	_____	_____ veces por día
_____	_____	_____	_____ veces por día
_____	_____	_____	_____ veces por día

**Obtenga atención de emergencia o 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 al (a la) enfermero(a) escolar.

Firme aquí

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