# Plan de Acción Contra el Asma Orden Médica

Fecha: _____

Nombre del Paciente: _____ Fecha de Nacimiento: _____

Nombre de la Escuela*: _____

**Nota: si su práctica u organización recibe fondos federales para la educación, NO complete la porción del nombre de la escuela.*

## ESTA SECCION LA COMPLETA EL MEDICO/ PROVEEDOR DE CUIDADOS DE LA SALUD

Tome _____ inhalaciones de 15 a 20 minutos antes de practicar deportes de competición, según sea necesario.

El estudiante puede: ☐ Llevarla consigo ☐ Administrárselo por si mismo ☐ Auto administrarse en presencia de un adulto como en una excursión

**VERDE: PLAN SALUDABLE**
*Yo / mi hijo se siente bien.*



- no tose / no le silva el pecho
- puede jugar o hace ejercicios normalmente

**AMARILLO: PLAN DE ENFERMEDAD**
*Yo / mi hijo no se siente bien.*



- está tosiendo
- tiene un silbido en el pecho
- pecho apretado
- corto de respiración
- levantándose a media noche
- primer síntoma de un resfriado

**ROJO: PLAN DE EMERGENCIA**
*Yo / mi hijo se siente muy mal.*



- respira pesado y rápido
- tiene un silbido en el pecho muy fuerte
- no puede hablar bien
- se le ven las costillas o los músculos del cuello cuando respira
- las ventanas de la nariz se ensanchan cuando respira
- la medicina no lo está ayudando

Use estas medicinas diariamente para controlar los síntomas del asma.
Recuerde usar el espaciador con el inhalador

| LA MEDICINA | DOSIS | COMO TOMARLA | CUANDO TOMARLA |
|---|---|---|---|
| | | | |
| | | | |
| | | | |

Continúe las MEDICINAS diarias y AGREGUE: Remember to use spacer with inhaler, if indicated.

| ALIVIO RAPIDO | DOSIS | COMO TOMARLA | CUANDO TOMARLA |
|---|---|---|---|
| | | | |
| | | | |
| | | | |

Si necesita medicamentos de alivio rápido más de cada 4 horas o cada 4 horas durante más de 24 horas, llame al médico al número de teléfono que figura a continuación. ¡Llame al médico / clínica en cualquier momento si no hay mejoría o si tiene alguna pregunta! Para uso de la escuela: Padre / madre de contacto.

Tome una medicina de alivio _____
en inhalación o haga un tratamiento respiratorio/nebulizador cada 15 minutos hasta que se logre comunicar con el doctor. Recuerde utilizar la cámara espaciadora con el inhalador, si está indicado.

Si no puede comunicarse con el doctor, por favor vaya a la sala de Emergencias o **llame al 911**.

Para Uso de la Escuela: Siga el Plan de Emergencia y Comuníquese con los Padres.

**Nombre del proveedor de salud médica** (en letra de molde)**:** _____

**Número de teléfono del proveedor de salud médica:** _____ **Firma del proveedor de salud médica:** _____

## ESTA SECCIÓN DEBE SER COMPLETADA POR LOS PADRES O GUARDIANES

**CAUSANTES**

| | | | |
|---|---|---|---|
| ☐ **Peligro de muerte por alergia a:** | ☐ **Polen** | ☐ **Juguetes de peluche** | ☐ **Ácaros del polvo / polvo** |
| ☐ **Aire frío/cambios en el clima** | ☐ **Cucarachas** | ☐ **Piel de animales** | ☐ **Hongo** |
| ☐ **Humo de cigarrillos** | ☐ **Ejercicio agotador** | ☐ **Resfriado/gripe** | ☐ **Otro** |

**Yo autorizo el intercambio de información médica acerca del asma de mi hijo entre la oficina del doctor y la enfermera de la escuela.**

**Nombre del padre/guardián:** _____ **Teléfono del padre/guardián:** _____

**Firma del padre/guardián:** _____ **Número de celular:** _____

Para copias adicionales de esta forma, visite www.health.ri.gov/programs/asthmacontrol