



**PLAN DE ACCIÓN DE ASMA**

**IMPORTANTE:** este formulario debe ser firmado por un médico y devuelto a la enfermera para cualquier estudiante que requiera manejo de medicamentos para el asma. Además, se requiere la autorización de un médico en este formulario, así como en un formulario de auto administración para cualquier estudiante que desee autoadministrarse medicamentos.

El Nombre De Estudiante:		
Grado:	Edad:	Escuela:
Nombre del padre / tutor:	Teléfono: (W):	Teléfono: (C):
Dirección:		Teléfono (H):
Contacto de emergencia:	Relación:	Teléfono:
Médico de atención primaria:		Número de teléfono:

**¡Importante! Cosas que empeoran el asma de su hijo (desencadenantes):**

- |                                    |   |                                  |                                      |
|------------------------------------|---|----------------------------------|--------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> fumar     | <input type="checkbox"/> resfríos/virus | <input type="checkbox"/> ejercer | <input type="checkbox"/> estaciones: |
| <input type="checkbox"/> moho      | <input type="checkbox"/> mascotas       | <input type="checkbox"/> polen   |                                      |
| <input type="checkbox"/> árboles   | <input type="checkbox"/> polvo          | <input type="checkbox"/> otro:   |                                      |
| <input type="checkbox"/> hierbajos | <input type="checkbox"/> pasto          |                                  |                                      |

**Clasificación de gravedad:**

- Severo persistente    
  Moderado Persistente    
  Leve persistente    
  Intermitente

**PORCIÓN DEL MÉDICO.**

**MEDIOS DIARIOS:** use estos medicamentos todos los días para prevenir los síntomas.

<b>Usted tiene todo esto:</b>	<b>Medicina diaria</b>	<b>Cantidad</b>
Respirar es bueno	_____	_____
Sin tos o sibilancias	_____	_____
Puede trabajar y jugar	_____	_____
<b>MEDIOS DE PRE-EJERCICIO:</b>	<b>Meds antes del ejercicio</b>	<b>Cantidad</b>
<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	_____	_____

**MEDICINA DE RESCATE – ¡Ve más despacio! Continuar con Daily Medicine y Agregar:**

<b>Usted tiene alguno de estos:</b>	<b>Medicina de rescate</b>	<b>Cantidad</b>
Jadear	_____	_____
Tos	_____	_____
Opresión en el pecho	_____	_____
Falta de aliento	_____	_____

**MEDICINA DE EMERGENCIA: el asma empeora rápidamente: administre medicamentos de emergencia, obtenga ayuda de inmediato, comuníquese con el contacto de padres o de emergencia.**

<b>Usted tiene estos:</b>	<b>Meds de emergencia</b>	<b>Cantidad</b>
La medicina no ayuda en 15-20 minutos	_____	_____
Respirar es duro y rápido	_____	_____
Cuello o pecho atrapado con respiraciones	_____	_____
Labios/yemas de los dedos gris o azul	_____	_____
Problemas para caminar o hablar	_____	_____

Firma del médico: \_\_\_\_\_

Fecha \_\_\_\_\_