



Plan de Acción Contra el Asma

Nombre de la clínica: _____ Teléfono de la clínica: _____ Fecha: _____

Nombre del paciente: _____ Nombre del médico: _____ Prom. de cap. pulmonar máx.: _____

| | | | | |
|---|--|---|--|--|
| Z O N A V E R D E | Si: | Entonces déle a su hijo los siguientes medicamentos <i>todos los días</i> : | | |
| | Todo está bien: No tose No tiene sibilancia No tose por la noche No tiene sibilancia cuando hace ejercicio | <u>Medicamento:</u> | <u>Cuánto:</u> | <u>Cuándo:</u> |
| | Puede hacer sus actividades con normalidad. Cap. pulmonar máx. _____ (más del 80% del promedio) | Esteroides inhalados _____ Otros medicamentos: _____ ¡Utilice siempre un espaciador con el inhalador! | _____ | _____ |
| Pero si su hijo: | | Entonces tome estos medicamentos: | | |
| Z O N A A M A R I L L A | Empieza a toser, sibilar o le falta la respiración Tose por la noche Tose al hacer ejercicio Cap. pulmonar máx. entre _____ y _____ (50% - 80% del promedio) | <u>Medicamento:</u> | <u>Cuánto:</u> | <u>Cuándo:</u> |
| | | Medicamentos de acción rápida Albuterol Esteroides orales Otro: _____ Esteroides inhalados: No deje de tomarlos aunque esté enfermo. | † Inhalador: _____ inhalaciones con espaciador o † Nebulizador: 0.5 ml con 2.5cc de solución salina normal | Cada 4-6 horas Cada 4-6 horas |
| | | ¡Llame al consultorio para hacer una cita! | | |
| Z O N A R O J A | Y si su hijo: | Si lo ve muy enfermo, llévelo con el médico de inmediato. Llame al consultorio para pedir instrucciones o llévelo a urgencias. Llame al 911 si es necesario. | | |
| | ¡ALERTA MÉDICA! | <u>Medicamento:</u> | <u>Cuánto:</u> | <u>Cuándo:</u> |
| | Tose todo el tiempo; le falta la respiración, tiene problemas para hablar, caminar o jugar Cap. pulmonar máxima: _____ (menos del 50% del promedio) | Acción rápida Albuterol Y tome este esteroide oral _____ | † Inhalador: 2 inhalaciones o † Nebulizador: 0.5 ml con 2.5cc de solución salina normal | Puede repetirlo cada 20 minutos para un total of 3 dosis mientras llega al consultorio o a urgencias |

Información importante:

- No fume en la casa ni en el automóvil.
- Elimine del ambiente todo aquello que ocasione un ataque de asma.
- OBJETIVO DE CONTROL PERSONAL:** _____
- Su próxima cita es el: _____