

ASMA - PLAN DE ACCIÓN

Nombre: _____ Fecha: _____
 Contacto para emergencias: _____ Relación: _____
 Celular: _____ Teléfono laboral: _____
 Proveedor de atención médica: _____ Teléfono: _____
 Mejor flujo pico personal: _____

AAAAI0410-444

ZONA VERDE:

(Bien)

- ✓ No hay tos, sibilancia, opresión en el pecho ni dificultad para respirar
- ✓ Puede trabajar, jugar, ejercitar, realizar las actividades habituales sin síntomas
-
- ✓ Flujo pico ____ a ____
(80% a 100% del mejor personal)

Tome estas medicinas todos los días para control y mantenimiento:

Medicina	Cuánto tomar	Cuándo y con qué frecuencia

ZONA AMARILLA:

(Peligro/Está empeorando)

- ✓ Tos, sibilancia, opresión en el pecho o dificultad para respirar
- ✓ Síntomas con actividades diarias, trabajo, juego y ejercicio
- ✓ Interrupción del sueño nocturno con síntomas
-
- ✓ Flujo pico ____ a ____
(50% a 80% del mejor personal)

CONTINÚE con sus medicinas de Zona Verde, y ADEMÁS tome estas medicinas para alivio rápido:

Medicina	Cuánto tomar	Cuándo y con qué frecuencia

Llame a su médico si ha estado en la Zona Amarilla durante más de 24 horas.

También llame a su médico si: _____

ZONA ROJA:

(¡Alerta!)

- ✓ Dificultad para respirar, tos, sibilancias; no hay ayuda de medicinas
- ✓ Problemas para caminar o hablar debido a síntomas de asma
- ✓ No hay respuesta a medicinas de alivio rápido
-
- ✓ Flujo pico es inferior a ____
(50% del mejor personal)

SI HAY PROBLEMAS GRAVES PARA RESPIRAR/FALTA DE ALIENTO, ¡PIDA AYUDA DE INMEDIATO!

Tome estas medicinas de alivio rápido:

Medicina	Cuánto tomar	Cuándo y con qué frecuencia

Llame a su médico AHORA MISMO.

VAYA al hospital/sala de emergencia o LLAME a la ambulancia ¡AHORA MISMO!