


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

Gravedad del asma:  Intermitente  Persistente suave  Persistente moderada  Persistente grave  
 Él/ella ha tenido muchos o graves ataques de asma/exacerbaciones

 **Zona Verde** El niño debe tomar estos medicamentos todos los días, incluso cuando se siente bien.


Siempre use espaciador con los inhaladores según las instrucciones.

Medicamento(s) de control: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Medicamento(s) de control dado en la escuela: \_\_\_\_\_

Medicamento de rescate: \_\_\_\_\_ puffs cada cuatro horas según sea necesario

Medicamento de ejercicio: \_\_\_\_\_ puffs 15 minutos antes de la actividad según sea necesario

 **Zona Amarilla** Comience el plan de tratamiento para enfermedad si el niño tiene tos, sibilancias, falta de aire u opresión en el pecho. El niño debe tomar todos estos medicamentos cuando está enfermo.

Medicamento de rescate: \_\_\_\_\_ puffs cada 4 horas según sea necesario


Medicamento(s) de control

Pasar a medicamentos de Zona Verde: \_\_\_\_\_

Agregar: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Cambia: \_\_\_\_\_

Si el niño está en la Zona Amarilla más de 24 horas o si empeora, pase a la Zona Roja y **LLAME AL MÉDICO DE INMEDIATO**

 **Zona Roja** Si la respiración es dificultosa y rápida, sobresalen las costillas, hay dificultad para caminar, hablar o dormir.  
**Pida ayuda ya mismo**

**Tomar medicamento(s) de rescate ahora**

Medicamento de rescate: \_\_\_\_\_ puffs cada \_\_\_\_\_

Tomar: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**Si el niño no mejora de inmediato, llame al 911**

Por favor, llame al doctor en cualquier momento si el niño está en la Zona Roja.

**Disparadores de asma: (Lista)**

**Personal escolar:** Siga los planes de la Zona Amarilla y de la Zona Roja para medicamentos de rescate según los síntomas del asma. A menos que se estipule otra cosa, los únicos controles que se darán en la escuela son los listados en la Zona Verde como "dados en la escuela".

- Tanto la persona a cargo de cuidar el asma como el padre/la madre creen que el niño puede llevar y autoadministrarse sus inhaladores  
 La enfermera escolar está de acuerdo en que el alumno se autoadministre los inhaladores

Nombre en imprenta e información de contacto de quien atiende el asma: \_\_\_\_\_ Firma de quien atiende el asma: \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_

**Madre o padre/Tutor:** Autorizo por escrito para que los medicamentos listados en el plan de acción sean dados en la escuela por la enfermera u otro personal escolar según sea apropiado. Autorizo la comunicación entre el profesional médico que prescriba el tratamiento/la clínica, la enfermera escolar, el asesor médico escolar y los proveedores de cuidados médicos que estén en la escuela necesarios para el tratamiento del asma y la administración de este medicamento.

Firma de padre-madre/tutor: \_\_\_\_\_

Revisado por enfermera escolar: \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_