

Nombre: _____
 Fecha de nacimiento: _____
 Escuela: _____



PLAN PARA LAS MEDICINAS DEL ASMA

Usted puede usar los colores del semáforo para ayudarse a aprender sobre sus medicinas.

1. **VERDE** significa **SIGA**. Use sus medicinas preventivas todos los días.
2. **AMARILLO** significa **PRECAUCIÓN**. Use medicinas para rápido alivio.
3. **ROJO** significa **¡Peligro!** Use medicinas adicionales y llame a su doctor **¡YA!**



VERDE significa ¡SIGA!!! USE LAS MEDICINAS PREVENTIVAS TODOS LOS DÍAS

- * La respiración está bien.
- * Sin tos o silbido.
- * Puede trabajar y jugar.

No es el caso (no usa medicamentos preventivos)



Medicina	Dosis	Horario	Encierre Uno en un Círculo
		con espaciador	Casa/Escuela
			Casa/Escuela
			Casa/Escuela

****20 minutos antes de hacer deporte, use esta medicina:**

AMARILLO significa ¡PRECAUCIÓN!!! EMPIECE A TOMAR MEDICAMENTOS DE ALIVIO RÁPIDO



1. **SIGA TOMANDO LAS MEDICINAS DE LA ZONA VERDE.**
2. **COMIENCE A TOMAR LAS MEDICINAS PARA RÁPIDO ALIVIO, EVITANDO QUE EL ATAQUE DE ASMA EMPEORE.**

Medicina (circle)	Dosis	Veces que hay que tomarla
Albuterol/Xopenex		con espaciador ahora y cada 4 ó 6 horas

** Si NO se siente mejor en un lapso de 20 a 60 minutos siga el plan de la ZONA ROJA
 ** SI CONTINÚA CON ESTOS SÍNTOMAS POR UN LAPSO DE 12 A 24 HORAS, LLAME A SU DOCTOR.

Pecho Apretado Despertar en la Noche

ROJO significa ¡PELIGRO!!! ¡ VAYA A UN DOCTOR, YA !!!

- * La medicina no está ayudando
- * La respiración es difícil y acelerada
- * La nariz se abre mucho para respirar
- * No puede hablar bien

**¡VAYA A UN DOCTOR O A UNA SALA DE EMERGENCIAS !
 TOME ESTAS MEDICINAS HASTA QUE CONSULTE AL DOCTOR.**

Medicina (circle)	Dosis
Albuterol/Xopenex	con espaciador

Puede repetir esta dosis _____ veces con 20 minutos de intervalo



LLAME AL 911 (EMS) SI: Los labios o las uñas de los dedos están morados, o
 Está batallando para respirar, o
 No se siente o se ve mejor en un lapso de 20 a 30 minutos



Días de Alerta Para la Calidad Del Aire: Cuando la contaminación ambiental es alta la recomendación nacional es evitar el ejercicio al aire libre.

Recomendaciones del médico para autoadministración de las medicinas: (Check one)

He instruido el estudiante nombrado sobre la manera adecuada de usar sus medicinas. En mi opinión profesional, se debe permitirle traer y autoadministrarse las medicinas arriba mencionadas, mientras está en las propiedades de la escuela o en eventos relacionados a la escuela. (Optional for middle and high school students. NOT recommended for elementary students.)

En mi opinión profesional, el estudiante nombrado NO deberá traer ni autoadministrarse su medicina (s) para el asma, mientras está en las propiedades de la escuela o en eventos relacionados a la escuela. (Recommended for all elementary students.)

Nombre del Proveedor del Cuidado de la Salud en letra de molde

Firma del Proveedor del Cuidado de la Salud

Teléfono

Fecha

Yo, _____ estoy de acuerdo con las recomendaciones del médico de mi hijo(a) anotadas arriba, y autorizo que mi hijo(a) reciba tal medicina(s) como se indica. También autorizo para que el médico de mi hijo(a) y la enfermera de la escuela compartan información verbal o escrita, durante este año escolar.

Firma del padre (madre)/ tutor

Fecha



Teléfono de Casa

Teléfono de Trabajo

Teléfono de Celular