

Plan de Acción Contra el Asma

Orden Médica



Fecha:

Nombre del Paciente:

Fecha de Nacimiento:

ESTA SECCION LA COMPLETA EL MEDICO/PROVEEDOR DE CUIDADOS DE LA SALUD

Tome _____ de 15 a 20 minutos antes de jugar y practicar algún deporte.

El estudiante puede: Llevarla consigo administrárselo por sí mismo

VERDE: PLAN SALUDABLE *Yo / mi hijo se siente bien.*

- no tose/no le silva el pecho
- puede jugar o hace ejercicios normalmente
- la cifra del medidor del flujo máximo es _____
- la mejor cifra personal del medidor del flujo máximo es _____



Use estas medicinas diariamente para controlar los síntomas del asma. Recuerde usar el espaciador con el inhalador

LA MEDICINA	DOSIS	COMO TOMARLA	CUANDO TOMARLA

AMARILLO: PLAN DE ENFERMEDAD *Yo / mi hijo no se siente bien.*

- está tosiendo
- tiene un silbido en el pecho
- pecho apretado
- corto de respiración
- levantándose a media noche
- primer síntoma de un resfriado
- la cifra del medidor del flujo máximo es _____ a _____



Continúe las MEDICINAS diarias y AGREGUE:

ALIVIO RAPIDO	DOSIS	COMO TOMARLA	CUANDO TOMARLA

Si necesita usar medicinas de alivio rápido más de cada 4 horas o cada 4 horas por más de un día, comuníquese con el doctor al número de teléfono que se menciona más adelante. ¡Llame al médico/clínica en cualquier momento si no ve ninguna mejoría o para cualquier pregunta! Para Uso de la Escuela: Comuníquese con los Padres.

ROJO: PLAN DE EMERGENCIA *Yo / mi hijo se siente muy mal.*

- respira pesado y rápido
- tiene un silbido en el pecho muy fuerte
- no puede hablar bien
- se le ven las costillas o los músculos del cuello cuando respira
- las ventanas de la nariz se ensanchan cuando respira
- la medicina no lo está ayudando



Tome una medicina de alivio rápido _____ en inhalación o haga un tratamiento respiratorio/nebulizador cada 15 minutos hasta que se logre comunicar con el doctor.

Si no puede comunicarse con el doctor, por favor vaya a la sala de Emergencias o llame al 911.

Para Uso de la Escuela: Siga el Plan de Emergencia y Comuníquese con los Padres.

Nombre del médico (en letra de molde):

Teléfono del médico:

Firma del médico:

ESTA SECCIÓN DEBE SER COMPLETADA POR LOS PADRES O GUARDIANES

CAUSANTES

- | | | | |
|---|---|--|---|
| <input type="checkbox"/> Peligro de muerte por alergia a: | <input type="checkbox"/> Polen | <input type="checkbox"/> Juguetes de peluche | <input type="checkbox"/> Ácaros del polvo / polvo |
| <input type="checkbox"/> Aire frío/cambios en el clima | <input type="checkbox"/> Cucarachas | <input type="checkbox"/> Piel de animales | <input type="checkbox"/> Hongo |
| <input type="checkbox"/> Humo de cigarrillos | <input type="checkbox"/> Ejercicio agotador | <input type="checkbox"/> Resfriado/gripe | <input type="checkbox"/> Otro |

Yo autorizo el intercambio de información médica acerca del asma de mi hijo entre la oficina del doctor y la enfermera de la escuela.

Nombre del padre/guardián:

Teléfono del padre/guardián:

Firma del padre/guardián:

Numero de celular: