

Escuelas Públicas de: _____

PLAN DE ACCIÓN PARA EL ASMA

N.º de fax: _____

Nombre del estudiante _____ Fecha de nacimiento _____ Escuela _____

N.º de ID del estudiante _____ Grado _____ Alergias a medicamentos _____

Actividades en las que el estudiante participa en la escuela: _____

Desencadenante (causa) de los síntomas del asma:

Ejercicio Enfermedad Polen Humo Polvo Polución del aire Animales Aire frío Mohos Alimentos (indicar)

Indique otros desencadenantes: _____

Síntomas habituales del asma: Tos Dificultad para respirar Opresión en el pecho Respiración Sibilante Otro _____

Si el estudiante tiene **cualquiera** de estos síntomas: **opresión en el pecho, dificultad para respirar, respiración sibilante, tos excesiva o falta de aliento.**

1. Pare la actividad y ayude al estudiante a sentarse.
2. No pierda la calma y tranquilice al estudiante.
3. Ayude al estudiante a usar el inhalador.
4. Acompañe al estudiante a la enfermería o llame al personal de enfermería para que le ayuden de inmediato. Nunca envíe al estudiante solo.

EL INHALADOR ESTÁ EN: _____

Llame al 911 en cualquiera de estas situaciones:

- Si la respiración no mejora después de darle el medicamento.
- El estudiante tiene problemas para caminar o hablar.
- El estudiante tiene problemas para respirar.
- El pecho o el cuello del estudiante se meten hacia dentro al respirar.
- Los labios del estudiante están azulados o
- El estudiante debe inclinarse para respirar.

PROFESIONAL DE LA SALUD, conteste todo lo aquí indicado: ICD9 Code: 493.90 o _____

Intensidad del asma: Intermitente Leve y persistente Moderato y persistente Intenso y persistente

Medicación de control administrada en casa:

Nombre del medicamento _____ cuántos miligramos _____ frecuencia _____

Nombre del medicamento _____ cuántos miligramos _____ frecuencia _____

Medicamento de alivio rápido:

-Albuterol _____ descargas cada _____ minutos y conforme sea necesario hasta un máximo de _____ descargas por hora. Puede repetirse cada _____ horas.

-Albuterol 10-15 minutos antes de hacer ejercicio Habitualmente Conforme sea necesario. Limitaciones de la actividad: _____

-Albuterol o solución (_____) conforme sea necesario, _____ miligramos por nebulizador cada _____ a _____ horas.

ZONA VERDE

*Flujo máximo _____
80 a 100% del mejor resultado personal

Síntomas del asma

- Sin tos, respiración sibilante ni dificultad para respirar
- Puede hacer todas las actividades habituales, incluido ejercicio y jugar.
- No tiene síntomas nocturnos.
- No necesita el alivio rápido de los síntomas.

Usa medicamentos diarios de control.

Usa el inhalador de alivio rápido antes de hacer ejercicio como se indicó.

*La enfermera de la escuela puede obtener los flujos máximos en la enfermería.

ZONA AMARILLA

*Flujo máximo _____
50 a 80% del mejor resultado personal

Síntomas del asma

- Tos, respiración sibilante, dificultad para respirar, opresión en el pecho
Usa el medicamento de alivio rápido más de lo normal
- Puede hacer algunas de las actividades habituales, pero no todas
- Tiene síntomas nocturnos de asma.

Tomar el medicamento de alivio rápido ¡ahora mismo!

Agregar o cambiar estos medicamentos:

Nombre del medicamento _____ cuánto _____ frecuencia _____
Padre o tutor. Llamar al profesional médico si se usa el medicamento de alivio rápido más de dos veces a la semana o si los síntomas no mejoran.

ZONA ROJA

*Flujo máximo _____
Abajo de 50% del mejor resultado personal

Síntomas del asma

- No se tiene medicamento o no funciona.
- El asma empeora; no mejora.
- Respiración ruidosa y rápida
- Pecho y cuello hacia dentro
- Dificultad para caminar o hablar
- Uñas de las manos o labios azulados
- Se inclina hacia delante para respirar.

Tomar el medicamento de alivio rápido ¡ahora mismo!

¡Llamar al 911 y seguir con el medicamento de alivio rápido cada 20 minutos hasta que lleguen los servicios de emergencia!

Comunicarse con los padres y el profesional médico. Véase a continuación.

¿Puede el estudiante llevar consigo el medicamento? Sí No . ¿Puede el estudiante administrarse el medicamento? Sí No

Firma del profesional médico _____ Fecha _____ Nombre en letra de imprenta _____

Teléfono del profesional médico _____ N.º de fax _____ Correo electrónico _____

Firma del padre, madre o tutor _____ Fecha _____

Teléfono de casa _____ Teléfono celular _____ Teléfono del trabajo _____

Firma de la enfermera de la escuela _____ Fecha _____ Teléfono _____