

Fecha _____ Nombre _____ F de Nac _____

Medico _____ MRN _____ Revisado con: paciente/los padres Comprensión verbalizado sí no

PLAN DE ACCIÓN CONTRA EL ASMA

- Respirar es fácil
- Sin tos
- Sin sibilancia
- Sin falta de aire
- Poder trabajar, jugar y el dormir sin dificultad
- Uso de la medicina de alivio rápido menos de dos veces a la semana

- Otro: _____
- _____



haciendo bien

mantener la terapia

Evite estos DESENCADENANTES que provocan el asma: _____

Tome medicamentos de CONTROL: _____

Tome medicamentos de ALIVIO RÁPIDO antes del ejercicio o antes de la exposición a un desencadenante: _____

Mantenga el **ESTEROIDE ORAL a mano:** utilizar la zona amarilla y/o roja, como se indica a continuación.

- Tos
- Sibilancia
- Falta de aire
- Dificultad con la actividad física
- Despertarse de noche
- Compresión en el pecho

- Otro: _____
- _____



Asma está empeorando

acelerar la terapia

Agregar la medicina de ALIVIO RÁPIDO: _____

Vigilar sus síntomas y:

- Si los síntomas **DESAPARECEN** rápidamente, regrese a la zona verde.
- Si los síntomas **CONTINÚAN** o **REGRESAN** al cabo de unas pocas horas:

Llame/consulte a su proveedor de cuidados de la salud

AUMENTAR: _____ (alivio rápido)

AGREGUE: _____ (esteroide oral)

- La medicación no está ayudando
- Respirar es muy difícil
- No puede caminar o jugar
- no puede conversar fácilmente

- Otro: _____
- _____



¡Alerta médica!

¡busque ayuda ahora!

VAYA directamente a la SALA DE EMERGENCIAS o el HOSPITAL inmediatamente, o llamar a 911.

Mientras espera de ayuda:

- **CONTINUAR** tomando medicamentos de alivio rápido.
- **CONTINUAR** o **AGREGUE** _____ mg de esteroides orales. (si no está tomando)

Los síntomas de asma pueden empeorar rápidamente. Si tiene dudas, busque ayuda médica.

