


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: Albuterol/Levalbuterol _____ puffs cada cuatro horas según sea necesario

Medicamento de ejercicio: Albuterol/Levalbuterol _____ 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: Albuterol/Levalbuterol _____ 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: Albuterol/Levalbuterol _____ 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:

Por favor, envíe una copia firmada al proveedor antes detallado.