

Plan de Acción Contra el Asma para Niños (de 0 a 18 años) del Departamento de Salud (DHS)



www.labreathmobile.com

Nombre del Paciente: _____ MRN: _____ Fecha de Nacimiento: _____
 Nombre de los Padres: _____ Teléfono: _____
 Clínica/PCP: _____ Teléfono: _____
 Escuela: _____ Teléfono: _____

Siguiente cita del niño: _____

VERDE
Me Siento Bien

- Respiro bien
- No tengo tos ni respiración con sibilancia
- Puedo trabajar y jugar



Valores de flujo máximo _____ a _____
(80-100% de su rendimiento)

PREVENGA los síntomas del asma cada día: *(Enjuáguese la boca después de usar inhaladores)*

Lista de Medicamentos DHS:	Cuánto:	Cuándo:
<input type="checkbox"/> QVAR® 40, 80mcg	_____ Atomizaciones	_____ veces al día
<input type="checkbox"/> Flovent® 44 ¹ , 110 ¹ , 220 ² mcg	_____ Atomizaciones	_____ veces al día
<input type="checkbox"/> PULMICORT® ³ 90, 180mcg	_____ Atomizaciones	_____ veces al día
<input type="checkbox"/> Advair® ⁴ 100/50, 250/50mcg	_____ Atomizaciones	_____ veces al día
<input type="checkbox"/> Dulera® ⁵ 100/5, 200/5mcg	_____ Atomizaciones	_____ veces al día
<input type="checkbox"/> Montelukast 4, 5, 10mg	_____ Tabletas	_____ veces al día
<input type="checkbox"/> Budesonide® ⁶ 0.25, 0.5mg	en nebulizador	_____ veces al día

Utilice este medicamento 20 minutos antes de ejercitarse: _____

¹Uso limitado a niños; ²Utilice sólo en caso de alergia; ³Uso limitado durante el embarazo; ⁴Limitado a niños <12; ⁵Limitado a niños ≥ 12; ⁶Limitado a niños <9

AMARILLO
No me Siento Bien

- Tengo tos o respiración con sibilancia
- Tengo dificultad para respirar
- Despierto durante la noche



Valores de flujo máximo _____ a _____
(50-80% de su rendimiento)

RELAJESE y tome medicamento de alivio rápido: *(Enjuáguese la boca después de usar inhaladores)*

Lista de Medicamentos DHS:	Cuánto:	Cuándo:
<input type="checkbox"/> Albuterol/*levalbuterol	_____ Atomizaciones	_____ veces al día
<input type="checkbox"/> Albuterol/*levalbuterol	en nebulizador	_____ veces al día

(*Sólo si esta en la lista de medicamentos de Managed Care)

CONTINUAR/AUMENTAR la dosis de su medicamento preventivo:

Lista de Medicamentos DHS:	Cuánto:	Cuándo:
<input type="checkbox"/> QVAR® 40, 80mcg	_____ Atomizaciones	_____ veces al día
<input type="checkbox"/> Flovent® 44 ¹ , 110 ¹ , 220 ² mcg	_____ Atomizaciones	_____ veces al día
<input type="checkbox"/> PULMICORT® ³ 90, 180mcg	_____ Atomizaciones	_____ veces al día
<input type="checkbox"/> Advair® ⁴ 100/50, 250/50mcg	_____ Atomizaciones	_____ veces al día
<input type="checkbox"/> Dulera® ⁵ 100/5, 200/5mcg	_____ Atomizaciones	_____ veces al día
<input type="checkbox"/> Montelukast® 4, 5, 10mg	_____ Tabletas	_____ veces al día
<input type="checkbox"/> Budesonide® ⁶ 0.25, 0.5mg	en nebulizador	_____ veces al día

ROJO
Me Siento Muy Mal

- El medicamento no me ayuda
- Respiro rápido
- No puedo habla/caminar bien



Valores de flujo máximo _____ a _____
(<50% de su rendimiento)

ALERTA MEDICA – ¡CONSIGA AYUDA! Llame a su médico al _____

Tome estos medicamentos hasta que hable con su médico o, si se encuentra en la escuela, hasta que hable con los padres:

Lista de Medicamentos DHS:	Cuánto:	Cuándo:
<input type="checkbox"/> Albuterol/*levalbuterol	_____ Atomizaciones	_____ veces al día
<input type="checkbox"/> Albuterol/*levalbuterol	en nebulizador	_____ veces al día

(*Sólo si esta en la lista de medicamentos de Managed Care)

Prednisone (1-2mg/kg/día) _____ Tabletas de la siguiente manera: _____

Prednisolone 15mg/5cc; 5mg/5cc _____ Cucharaditas de la siguiente manera: _____

Siga usando **todos** los medicamentos en la zona amarilla – cuadro sombreado

No espere – Llame al 911 si su asma empeora o no mejora después de tomar el medicamento

Autorización y liberación de responsabilidad del padre o tutor: Solicito que la escuela ayude a mi hijo con los medicamentos para el asma antes mencionados y el Plan de Acción de acuerdo con las leyes y normas estatales. Si No

Mi hijo puede llevar consigo y administrarse a sí mismo los medicamentos para el asma y estoy de acuerdo con liberar al distrito y personal de la escuela de toda responsabilidad en caso de que mi hijo sufra alguna reacción adversa al administrarse el mismo los medicamentos para el asma.

Nombre Padre/Tutor: _____ Firma: _____ Fecha: _____

Proveedor de atención médica: Mi firma proporciona la autorización para llevar a cabo las órdenes mencionadas. Entiendo que todos los procedimientos serán implementados de acuerdo con las leyes y normas estatales. El estudiante puede llevar consigo y administrarse él mismo los medicamentos para el asma: Si No (Esta autorización es válida por un año a partir de la fecha en la que se firmó)

Nombre y acreditaciones del Proveedor: _____ Firma: _____ Fecha: _____

