

Nombre: _____ Fecha: _____

Plan de acción contra el asma

(Nota: esta información no debe utilizarse para diagnosticar una afección médica. Hable con su médico si usted o su hijo tienen síntomas de asma.)



Si su hijo tiene asma, debe tener un plan de acción para el asma. Este plan le ayudará a prevenir ataques de asma y a saber qué hacer si se produce un ataque de asma.

Los colores del semáforo le ayudarán a utilizar su medicamento para el asma.

El nombre de su hijo: _____

Los desencadenantes del asma de su hijo:

El médico de mi hijo es:

Nombre: _____

Número de teléfono: _____

Verde: va bien

En esta zona, el niño es:

- No hay tos
- No hay sibilancias
- Sin opresión en el pecho
- No hay problemas para respirar
- Capaz de hacer todas las cosas normales (como jugar y caminar)
- Flujo máximo superior al 80% de su mejor marca personal

En esta zona deberá:

- Continuar dándole a su hijo su tratamiento normal o medicamentos de control

Medicamentos de control que toma mi hijo:

Medicamento: _____

Dosis: _____

Amarillo: empeorando

En esta zona, el niño tiene:

- Tos o
- Sibilancias o
- Tiene opresión en el pecho, o
- Tener problemas para respirar, o
- Se despierta por la noche debido al asma
- No puede hacer algunas cosas normales (como jugar), o
- Flujo máximo 50%-70% de su mejor marca personal

En esta zona deberá:

- Déle a su hijo su medicamento de alivio rápido
- Continúe administrando el medicamento de control como de costumbre
- Verifique los síntomas cada hora

Medicamentos de alivio rápido que toma mi hijo:

Medicamento: _____

Dosis: _____

Rojo: emergencia

En esta zona, el niño:

- Tiene muchos problemas para respirar, o
- Los medicamentos de rescate no ayudan, o
- No puede hacer ninguna cosa
- normal (como caminar), o
- Está en la Zona Amarilla por más de 24 horas y sin mejorar, o
- Flujo máximo inferior a 50% de su mejor marca personal

En esta zona deberá:

- Déle a su hijo su medicamento de rescate
- Llame a su médico
- Si no puede comunicarse con el médico y los síntomas no desaparecen, vaya al hospital

Medicamentos de rescate que toma mi hijo:

Medicamento: _____

Dosis: _____

Breathe
Healthy Steps to
Living Tobacco Free



Si está listo para dejar de fumar, llame a Quit Now Indiana al 1-855-335-3569 o inicie sesión en www.quitnowindiana.com para obtener asistencia personalizada y gratuita.