# *Plan de tratamiento contra el asma* SPANISH

Patient Name: _____

Medical Record #: _____

DOB: _____

Nombre del proveedor: _____

N.° de teléfono del proveedor: _____ Completado por: _____ Fecha: _____

| Medicamentos de control | Cantidad que se debe tomar | Con qué frecuencia se deben tomar | Otras instrucciones |
|---|---|---|---|
| | | _____ veces por día TODOS LOS DÍAS | ❑ Hacerse gárgaras o enjuagarse la boca después de tomar el medicamento |
| | | _____ veces por día TODOS LOS DÍAS | |
| | | _____ veces por día TODOS LOS DÍAS | |
| | | _____ veces por día TODOS LOS DÍAS | |

| Medicamentos de alivio rápido | Cantidad que se debe tomar | Con qué frecuencia se deben tomar | Otras instrucciones |
|---|---|---|---|
| ❑ Albuterol (ProAir, Ventolin, Proventil)<br>❑ Levalbuterol (Xopenex) | ❑ 2 inhalaciones<br>❑ 4 inhalaciones<br>❑ 1 tratamiento con nebulizador | Deben tomarse SÓLO en caso de ser necesario (ver debajo; comenzar en la Zona amarilla o antes de hacer ejercicio) | NOTA: Si necesita tomar este medicamento más de dos días a la semana, llame a su médico para consultar sobre la necesidad de un aumento de dosis para los medicamentos de control, y para conversar sobre su plan de tratamiento. |

Instrucciones especiales en caso de que ● *Se sienta bien,* ○ *empeore o,* ● *tenga una emergencia médica.*

## ZONA VERDE

### Se siente *bien.*

- No tiene tos, resuellos, opresión en el pecho ni dificultad para respirar durante el día o la noche.
- Puede realizar las actividades habituales.

**Capacidad pulmonar máxima** (para personas de 5 años en adelante): es _____ o más. (80% o más de su mejor nivel de capacidad pulmonar máxima)
**Su mejor nivel de capacidad pulmonar máxima** (para las personas de 5 años en adelante): _____

Debe ***PREVENIR*** los síntomas del asma todos los días:

- ☐ Tome los medicamentos de control (mencionados arriba) todos los días.
- ☐ Antes de hacer ejercicio, adminístrese _____ dosis de _____
- ☐ Evite aquello que pueda empeorar el asma. (Ver el reverso del formulario)

## ZONA AMARILLA

### Su estado *empeora.*

- Tiene tos, resuellos, opresión en el pecho, dificultad para respirar o
- Se despierta por las noches debido a los síntomas del asma, o
- Puede realizar algunas de sus actividades habituales, pero no todas.

**Capacidad pulmonar máxima** (para personas de 5 años en adelante): _____ a _____(50% al 79% de su mejor nivel de capacidad pulmonar máxima)

***PRECAUCIÓN.*** Continúe tomando los medicamentos de control todos los días, Y:

- ☐ Reciba___inhalaciones o___el medicamento de alivio rápido por medio de nebulizador. Si no vuelve a la ***Zona verde*** en el plazo de 20 o 30 minutos, debe tomar ___inhalaciones o tratamientos con nebulizador más. Si no vuelve a la ***Zona verde*** en una hora, entonces debe:
- ☐ Aumentar_____ _____
- ☐ Agregar_____
- ☐ Llamar_____
- ☐ Continúe usando los medicamentos de alivio rápido cada 4 horas según sea necesario. Llame al proveedor si no mejora en _____días.

## ZONA ROJA

### *Emergencia médica*

- Mucha dificultad para respirar, o
- Los medicamentos de alivio rápido no le han ayudado, o
- No puede realizar las actividades habituales, o
- Los síntomas son los mismos o empeoran después de 24 horas.

**Capacidad pulmonar máxima** (para personas de 5 años en adelante): menos de _____(50% de su mejor nivel de capacidad pulmonar máxima)

***ALERTA MÉDICA ¡Pida ayuda!***

- ☐ Tome medicamentos de alivio rápido: _____ inhalaciones cada _____ minuto y pida ayuda de inmediato.
- ☐ Tome _____
- ☐ Llame _____

**Peligro. ¡Pida ayuda de inmediato!** Llame al 911 si tiene problemas para caminar o hablar debido a la dificultad para respirar , o si tiene los labios o las uñas grises o morados. Si se trata de un niño, llame al 911 en caso de que se le hunda la piel de alrededor del cuello y las costillas durante la respiración, o si el niño no responde normalmente.

**Health Care Provider:** My signature provides authorization for the above written orders. I understand that all procedures will be implemented in accordance with state laws and regulations. Student may self carry asthma medications: ❑ Yes ❑ No self administer asthma medications: ❑ Yes ❑ No (This authorization is for a maximum of one year from signature date.)

_____ _____

Healthcare Provider Signature Date

©2008, Public Health Institute (RAMP)

## Child Asthma Plan

### *This Care Plan Authorized by:*

Does this child requires a 3 day Emergency supply of medication at child care ? ☐ Yes ☐ No
If yes, please complete the 3 Day Emergency Medication Supply form

| Parent/Guardian's Signature | Date |
|---|---|
| | |
| Health Care Provider's Signature | Date |
| | |
| Health Care Provider's Name (Print): | |
| Health Care Provider's Agency: | |

*Emergency* **Contact** *Information*

| Parent/Guardian #1 | Phone #1 | Phone #2 |
|---|---|---|
| | | |
| Parent/Guardian #2 | Phone #1 | Phone #2 |
| | | |
| Emergency Contact #1 | Phone #1 | Phone #2 |
| | | |
| Emergency Contact #2 | Phone #1 | Phone #2 |
| | | |

### *Special Instructions:*

Staff Training Information

| Staff Name | Trainer (parent or guardian) | Date |
|---|---|---|
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |

*Please note: We recommend reviewing this plan monthly to assure the information is current. A new plan must be completed when changes occur or annually, whichever is sooner.

This Asthma Plan was developed by a committee facilitated by the Childhood Asthma Initiative, a program funded by the California Children and Families Commission, and the Regional Asthma Management and Prevention (RAMP) Initiative, a program of the Public Health Institute. This plan is based on the recommendations from the National Heart, Lung and Blood Institute's, "Guidelines for the Diagnosis and Management of Asthma," NIH Publication No. 97-4051 (April 1997) and "Update on Selected Topics 2002," NIH Publication No. 02-5075 (June 2002). The information contained herein is intended for the use and convenience of physicians and other medical personnel, and may not be appropriate for use in all circumstances. Decisions to adopt any particular recommendation must be made by qualified medical personnel in light of available resources and the circumstances presented by individual patients. No entity or individual involved in the funding or development of this plan makes any warranty guarantee, express or implied, of the quality, fitness, performance or results of use of the information or products described in the plan or the Guidelines. For additional information, please contact RAMP at (510) 622-4438, ‹http://www.rampasthma.org›.