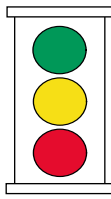


Nombre: _____

Fecha de nacimiento: _____

Escuela: _____



PLAN PARA LAS MEDICINAS DEL ASMA

Usted puede usar los colores del semáforo para ayudarse a aprender sobre sus medicinas.

- 1. VERDE significa SIGA. Use sus medicinas preventivas todos los días.
- 2. AMARILLO significa PRECAUCIÓN. Use medicinas para rápido alivio.
- 3. ROJO significa ¡Peligro! Use medicinas adicionales y llame a su doctor ¡YA!

VERDE significa ¡SIGA!

USE LAS MEDICINAS PREVENTIVAS TODOS LOS DÍAS

- * La respiración está bien
- * Sin tos o pillido/silbido
- * Puede trabajar y jugar

No es el caso (no usa medicamentos preventivos)

| Medicina | Dosis | Horario | ¿Tomarlo en la escuela? |
|----------|-------|---------|--------------------------|
| _____ | _____ | _____ | <input type="checkbox"/> |
| _____ | _____ | _____ | <input type="checkbox"/> |
| _____ | _____ | _____ | <input type="checkbox"/> |



20 minutos antes de hacer deporte, use esta medicina: _____

AMARILLO significa ¡PRECAUCIÓN!

EMPIECE A TOMAR MEDICAMENTOS DE ALIVIO RÁPIDO



Tos



Silbido

- 1. SIGA TOMANDO LAS MEDICINAS DE LA ZONA VERDE
- 2. COMIENCE A TOMAR LAS MEDICINAS PARA RÁPIDO ALIVIO, EVITANDO QUE EL ATAQUE DE ASMA EMPEORE

| Medicina | Dosis | Horario |
|----------|-------|---------|
| _____ | _____ | _____ |
| _____ | _____ | _____ |



Pecho Apretado Despertar en la Noche



- * Si NO se siente mejor en un lapso de 20 a 60 minutos siga el plan de la ZONA ROJA
- ** SI CONTINÚA CON ESTOS SÍNTOMAS POR UN LAPSO DE 12 A 24 HORAS, LLAME A SU DOCTOR

ROJO significa ¡PELIGRO!

¡VAYA AL DOCTOR, YA!

- * La medicina no está ayudando
- * La respiración es difícil y acelerada
- * La nariz se abre mucho para respirar
- * No puede hablar bien

¡VAYA A UN DOCTOR O A UNA SALA DE EMERGENCIAS!
TOME ESTAS MEDICINAS HASTA QUE CONSULTE AL DOCTOR

| Medicina | Dosis |
|----------|-------|
| _____ | _____ |

Puede repetir esta dosis con 20 minutos de intervalo



LLAME AL 911 (EMS) SI: Los labios o las uñas de los dedos están morados, o Está batallando para respirar, o No se siente o se ve mejor en un lapso de 20 a 30 minutos

Recomendaciones del médico para los Días de Alerta Para la Calidad Del Aire: (Marque una)

- Ningun ejercicio al aire libre
- Actividad limitado al aire libre (evite correr y esprints)
- Ejercicio según lo tolere

Otro: _____

Recomendaciones del médico para autoadministración de las medicinas: (Marque una)

- He instruido el estudiante nombrado sobre la manera adecuada de usar sus medicinas. En mi opinión profesional, se debe permitirle traer y autoadministrarse las medicinas arriba mencionadas, mientras está en las propiedades de la escuela o en eventos relacionados a la escuela.
- En mi opinión profesional, el estudiante nombrado NO deberá traer ni autoadministrarse su medicina (s) para el asma, mientras está en las propiedades de la escuela o en eventos relacionados a la escuela.

Nombre del Proveedor del Cuidado _____ Firma del Proveedor del Cuidado de la Salud _____ Teléfono _____ Fecha _____

Yo, _____ estoy de acuerdo con las recomendaciones del médico de mi hijo(a) anotadas arriba, y autorizo que mi hijo(a) reciba tal medicina(s) como se indica. También autorizo para que el médico de mi hijo(a) comparta información verbal o escrita con la enfermera de la escuela, durante este año escolar.

Firma del padre (madre)/ tutor _____ Fecha _____

Teléfono de Casa _____ Teléfono de Trabajo _____ Teléfono de Celular _____

