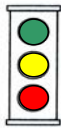


Name: _____
 Date of Birth: _____
 School: _____
 Grade: _____

ASTHMA MEDICINE PLAN



You can use the colors of a traffic light to help learn about your asthma medicines.

1. **GREEN** means **GO**. Use your everyday preventive medicines.
2. **YELLOW** means **CAUTION**. Use quick-relief medicine.
3. **RED** means **DANGER!** Use extra medicines and call your doctor **NOW!**



GREEN means GO!!!!

- * Breathing is good.
- * No cough or wheeze.
- * Can work and play.

USE EVERYDAY PREVENTIVE MEDICINES.



Medicine	How much to take	Times	Circle One
_____	_____	_____	Home/School
_____	_____	_____	Home/School
_____	_____	_____	Home/School

****20 minutes before sports, use this medicine:**

YELLOW means CAUTION!!!!



Cough



Wheeze



Tight Chest



Wake up at Night

1. KEEP TAKING GREEN ZONE MEDICINES.
2. START TAKING QUICK-RELIEF MEDICINE TO KEEP AN ASTHMA ATTACK FROM GETTING BAD.

Medicine	How much to take	Times to take
Albuterol/Xopenex	_____	now and every 4 to 6 hours

****If you DO NOT feel better in 20 to 60 minutes FOLLOW THE RED ZONE PLAN
 IF YOU CONTINUE WITH THESE SYMPTOMS FOR 12 TO 24 HOURS, CALL YOUR DOCTOR

RED means DANGER!!!

- * Medicine is not helping
- * Breathing is hard and fast
- * Nose opens wide to breathe
- * Can't talk well

**GET HELP FROM A DOCTOR NOW !!!
 GO TO DOCTOR'S OFFICE OR EMERGENCY ROOM!
 TAKE THESE MEDICINES UNTIL YOU SEE THE DOCTOR.**



Medicine	How much to take
Albuterol/Xopenex	_____

You may repeat this dose _____ times, 20 minutes apart.

CALL 911 (EMS) IF: Lips or fingernails are blue, or
 You are struggling to breathe, or
 You do not feel or look better in 20-30 minutes

Physician recommendations for Air Quality Alert Days: (Check one)

- Exercise as tolerated
- Limited outdoor activity (avoid windsprints, running, etc.)
- No outdoor exercise
- Other _____

Physician recommendations for medication self-administration: (Check one)

- I have instructed _____ (student's name) in the proper way to use his/her medications. It is my professional opinion that he/she should be allowed to carry and self-administer the above medications while on school property or at school-related events.
- It is my professional opinion that _____ (student's name) should NOT be allowed to carry and self-administer any of his/her asthma medication(s) while on school property or at school related events.

Printed Name of Health Care Provider _____ Signature of Health Care Provider _____ Phone Number _____ Date _____

I, _____, agree with the recommendations of my child's physician as noted above and give permission for my child to receive the above medication(s) as directed. I also give permission for my child to be photographed for identification purposes and for my child's physician to share written or verbal information with the school nurse for the duration of this school year.

Signature of parent/guardian _____ Date _____

Home Telephone _____ Work Telephone _____ Cell Phone _____

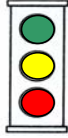
ADAPTED FROM: The Global Initiative for Asthma (NIH Publication No.96-3659C. Dec. 1995) and Christus Santa Rosa Children's Hospital and El Centro del Barrio, San Antonio

Nombre: _____
 Fecha de nacimiento: _____
 Escuela _____
 Grado _____

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 de 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!!!

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

USE LAS MEDICINAS PREVENTIVAS DE TODOS LOS DÍAS



Medicina	Dosis	Horario	Encierre Uno en un Círculo
_____	_____	_____	Casa / Escuela
_____	_____	_____	Casa / Escuela
_____	_____	_____	Casa / Escuela

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

AMARILLO significa ¡PRECAUCIÓN!!!



Toser



Silbido



Pecho Apretado



Despertar en la Noche

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	Veces que hay que tomarla
Albuterol/Xopenex	_____	ahora y cada 4 ó 6 horas

** 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!!!

¡ LLAME A UN 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 CON UN DOCTOR O A UNA SALA DE EMERGENCIAS !
 TOME ESTAS MEDICINAS HASTA QUE CONSULTE AL DOCTOR.**

Medicina	Dosis	Veces que hay que tomarla
Albuterol/Xopenex	_____	_____

Puede repetir esta dosis _____ veces 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: (Check one)

- Ejercicio según tolerado
- Actividad limitado al aire libre (evite correr y esprints)
- Ningun ejercicio al aire libre
- Otro _____

Recomendaciones del médico para autoadministración de las medicinas: (Check one)

- He instruido a _____ (nombre del estudiante) sobre la manera adecuada de usar sus medicinas. En mi opinión profesional, se debe permitir a el/ella, 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 NO se debe permitir a _____ (nombre del estudiante), traer y 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 de la Salud en letra de molde

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 que mi hijo(a) sea fotografiado para propósitos de identificación, y 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

ADAPTADO DE: La Iniciativa Global Contra el Asma (Publicación NIH No. 96-3659C. dic. 1995) y el Christus Santa Rosa Children's Hospital y el Centro del Barrio, San Antonio