

Plan de acción contra el asma de Virginia

División escolar: _____

Nombre	Fecha de nacimiento	Fechas de entrada en vigencia / / a / /
Proveedor de atención médica	No. tlf. del proveedor	No. de fax:
		Última vacuna contra la gripe / / /
Padre/Tutor	Teléfono del padre/tutor	Correo electrónico del padre/tutor:
Contacto de emergencia adicional	Teléfono del contacto	Correo electrónico del contacto

Severidad del asma: Intermittente Persistente: Leve Moderada Severa

Desencadenantes del asma (cosas que empeoran el asma)

Resfríos Humo (tabaco, incienso) Polen Polvo Animales: _____ Olores fuertes Moho/humedad Estrés/emociones
 Ejercicios Reflujo ácido Pestes (roedores, cucarachas) Estación (marque con un círculo): otoño, invierno, primavera, verano Otros: _____

Zona verde: ¡Adelante! – Tome estos medicamentos de CONTROL (PREVENCIÓN) TODOS los días

Usted presenta **TODAS** estas características:

- Respirar es fácil
- Sin tos ni sibilancia
- Puede trabajar y jugar
- Puede dormir toda la noche



Flujo máximo: _____ a _____
(Más del 80% de su mejor medida)

Mejor medida personal de flujo máximo: _____

Siempre enjuáguese la boca después de usar su inhalador y recuerde usar un espaciador con su MDI.

- No se requieren medicamentos de control.
- Dulera _____ Symbicort _____ Advair _____, _____ inhalaciones _____ veces al día
Combinación de medicamentos: corticosteroide inhalado con β-agonista de acción prolongada
- Alvesco _____ Asmanex _____ Azmacort _____ Flovent _____ Pulmicort QVAR _____
Corticosteroide inhalado o corticosteroide/β-agonista de acción prolongada inhalado
- _____ inhalaciones MDI _____ veces al día O _____ tratamiento (s) con nebulizador _____ veces al día
- Singulair o _____, tome _____ por vía oral una vez al día a la hora de dormir
Antagonista del leucotrieno
- Para el asma causado por el ejercicio, AGREGUE:** Albuterol o _____,
 _____ inhalaciones con espaciador 15 minutos antes del ejercicio
β-Agonista de acción prolongada inhalado

Zona amarilla: ¡Precaución! – Siga tomando los medicamentos de CONTROL y AGREGUE medicamentos de RESCATE

Usted presenta **CUALQUIERA** de estas características:

- Tos o sibilancia leve
- Primer síntoma de resfrío
- Presión en el pecho
- Problemas para dormir, trabajar o jugar



Flujo máximo: _____ a _____
(60% - 80% de su mejor medida)

- Albuterol o _____, _____ inhalaciones con espaciador cada _____ horas según sea necesario
β-agonista inhalado
- Albuterol o _____, un tratamiento (s) con nebulizador cada _____ horas según sea necesario
β-agonista inhalado

Llame a su proveedor de atención médica si necesita medicamentos de rescate durante más de 24 horas o dos veces a la semana, o si sus medicamentos de rescate no funcionan.

Zona roja: ¡PELIGRO! – Siga tomando los medicamentos de CONTROL Y RESCATE y ¡OBTENGA AYUDA!

Usted presenta **CUALQUIERA** de estas características:

- No puede hablar, comer o caminar bien
- Los medicamentos no le están ayudando
- La respiración se dificulta y acelera
- Sus labios y sus uñas están azules
- Se siente cansado o alejado
- Sus costillas son notorias



Flujo máximo: < _____
(Menos del 60% de su mejor medida)

- Albuterol o _____, _____ inhalaciones con espaciador **cada 15 minutos**, para **TRES** tratamientos
β-agonista inhalado
- Albuterol o _____, un tratamiento con nebulizador **cada 15 minutos**, para **TRES** tratamientos
β-agonista inhalado

**Llame a su médico mientras se administra los tratamientos.
 Si no puede comunicarse con su médico:
 Llame al 911 o ivaya directamente al Departamento de Urgencias!**

FIRMAS REQUERIDAS:

Doy la autorización para que el personal de la escuela siga este plan, administre medicamentos, cuide de mi hijo(a) y contacte a mi proveedor de ser necesario. Asumo toda la responsabilidad en proporcionar los medicamentos prescritos a la escuela y en entregar dispositivos de monitoreo. Apruebo este Plan de control del asma para mi hijo(a).

Padre/Tutor _____ Fecha _____

Enfermero/Designado por la escuela _____ Fecha _____

OTRAS _____ Fecha _____

CC: Director Admin. de cafetería Conductor de bus/Transporte

Entrenador/Educ. física Personal de oficina Personal de escuela

Se pueden reproducir copias de este formulario o las puede bajar de www.virginiaasthma.org

CONSENTIMIENTO PARA MEDICACIÓN EN LA ESCUELA Y ORDEN DEL PROVEEDOR DE ATENCIÓN MÉDICA

MARQUE TODOS LOS QUE CORRESPONDAN:

_____ El/la estudiante ha recibido indicaciones para utilizar sus medicamentos para el asma y, en mi opinión, PUEDE LLEVAR Y ADMINISTRARSE A SÍ MISMO(A) EL INHALADOR EN LA ESCUELA.

_____ El/la estudiante deberá notificar al funcionario del área de salud de la escuela designado después de utilizar el inhalador en la escuela.

_____ El/la estudiante necesita supervisión o ayuda para utilizar su inhalador.

_____ El/la estudiante NO debe llevar el inhalador a la escuela.

FIRMA DEL MÉDICO/ENFERMERO ESPECIALIZADO/AUX. MÉDICO: _____ FECHA _____