

# PLAN DE ACCIÓN CONTRA EL ASMA PEDIÁTRICA EN VIRGINIA

Nombre del Niño(a): \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_

Año escolar: \_\_\_\_\_

Proveedor Médico: \_\_\_\_\_

Contacto Telefónico: \_\_\_\_\_

## CONTACTO EN CASO DE EMERGENCIA

Nombre: \_\_\_\_\_ Número de teléfono: \_\_\_\_\_

Relación/Parentesco: \_\_\_\_\_

Información adicional: \_\_\_\_\_



### ZONA VERDE: ¡Bajo Control!

- Sin problemas para respirar
- Sin tos ni sibilancias
- Duermo bien
- Puedo hacer las actividades normales

#### Mantenimiento Diario/Controlador

	Descargas por el día	Descargas por la noche
_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Montelukast/Singulair \_\_\_\_\_ Mg una vez al día.

Uso el controlador a diario incluso cuando me siento bien. Uso la cámara de inhalación si así se recomienda. **Para el asma durante el ejercicio añado: \_\_\_ inhalaciones (con cámara de inhalación si es necesario) 15 minutos antes del ejercicio:**

\_\_\_\_\_ Y  ipratropio  Sólo si es necesario



### ZONA AMARILLA: ¡Precaución!

- Tos, sibilancias, presión en el pecho
- Me despierto por la noche debido al asma
- Problemas para dormir, trabajar o jugar

**Añade: medicamentos de alivio rápido a los medicamentos usados en la ZONA VERDE.**

**Primero** → Tu medicamento(s) de alivio rápido es: \_\_\_\_\_

Toma  descargas ó  Nebulizaciones cada - 20 minutos si es necesario hasta un máximo de 1 hora. Si tus síntomas se resuelven, regresa a la ZONA VERDE.

**Segundo** → **Si tus síntomas continúan o regresan dentro de unas cuantas horas del tratamiento anterior, toma:**

Descargas cada 4-6 horas según sea necesario hasta que los síntomas se resuelvan.

Continúa cada 4-6 horas diariamente durante \_\_\_ días

Añade: \_\_\_\_\_

Llama al médico si necesitas el medicamento de alivio rápido durante más de 24 horas o si el medicamento de alivio rápido no funciona. No se deben utilizar más de 8 inhalaciones al día para las edades de 4 a 11 años o 12 inhalaciones de ICS/formoterol para la edad de 12 años o más.



### ZONA ROJA: ¡PELIGRO!

- No puedo hablar, comer, ni caminar bien
- El medicamento no me ayuda
- Respiro fuerte y rápido
- Mis labios y uñas están azules
- Me siento cansado(a) o sin energía
- No dejo de toser
- Se me notan las costillas

**LLAMEN YA AL 911/¡Vayan a la Sala de Emergencias!** Continúen con los medicamentos de CONTROL y de ALIVIO cada 15 minutos, por un total de 3 tratamientos – mientras esperan para recibir ayuda.

Toma: \_\_\_\_\_  2  4  6 Descargas o  Nebulizador

Apruebo y doy permiso para que el personal escolar siga este plan de atención para el tratamiento del asma de mi niño(a), se ponga en contacto con el proveedor médico de mi niño(a) cuando sea necesario y administre medicamento siguiendo las indicaciones del proveedor médico. Asumo toda la responsabilidad de proporcionarle a la escuela el medicamento prescrito y los dispositivos para la administración/monitoreo. Con la autorización del HCP y el consentimiento de los padres, el inhalador se ubicará  en la clínica o  con el alumno (él/ella lo portará.)

### CONSENTIMIENTO PARA MEDICAMENTO ESCOLAR Y ORDEN DEL PROVEEDOR

- El alumno puede portar y autoadministrarse el inhalador en el colegio.
- El alumno necesita ayuda y no debe portar el inhalador por sí mismo.

Firma de los PADRES/tutores legales \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

Firma de la enfermera/personal de la escuela \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

Firma MD/NP/PA \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_