

Nombre: _____

SEVERIDAD	
<input type="checkbox"/> Intermitente	<input type="checkbox"/> Moderada Persistente
<input type="checkbox"/> Leve Persistente	<input type="checkbox"/> Severa Persistente

Fecha de Nacimiento: _____

- Vacuna anual contra la gripe recomendada
 Tratamiento para dejar de fumar ofrecido

MEDICINA DE RÁPIDO ALIVIO: TOMARLA cada 4 horas SÓLO SI ES NECESARIO para la tos, resuello, presión en el pecho y respiración agitada. Si la Medicina de Alivio Rápido se necesita más de 2 veces por día, o 2 días seguidos, vaya a **"Qué Hacer en Caso de Síntomas Crecientes de Asma"** en ésta página.

- Albuterol HFA _____ inhalaciones Xopenex HFA _____ inhalaciones _____ Albuterol Xopenex solución _____ mg
 Pico de Flujo Máximo Personal /Fecha _____ / _____ **Utilice medicina de Rápido Alivio 15 minutos antes de hacer ejercicio si es necesario.**

PLAN DE MEDICINA DIARIO DE ASMA (ZONA VERDE)

- ✓ **Tos, resuello, opresión en el pecho, o respiración agitada no más de 2 días a la semana.**
- ✓ **Utiliza medicina de Rápido Alivio no más de 2 días por semana.**
- ✓ **Puede dormir durante la noche y no se despierta debido a síntomas de asma.**
- ✓ **Puede efectuar actividades normales, y no perder de ir a la escuela o al trabajo debido a síntomas de asma.**
- ✓ **Si utiliza medidor de Flujo Máximo, el rango de medición es: _____ (80-100% del mejor valor personal)**

Tome esta medicina a diario para mantener el asma bien controlado. (Enjuague su boca y escupa luego de usar el inhalador o nebulizador)

- Advair HFA o Advair Diskus _____ / _____. Tome _____ inhalación(es) _____ veces por día **TODOS LOS DÍAS** AM PM
 Asmanex Twisthaler _____ inhalación(es) _____ veces por día **TODOS LOS DÍAS** AM PM
 Flovent HFA _____ mcg _____ inhalación(es) _____ veces por día **TODOS LOS DÍAS** AM PM
 Pulmicort Respules _____ mg _____ dosis **TODOS LOS DÍAS** AM PM
 Singulair _____ mg (tableta) (gránulos) _____ veces por día **TODOS LOS DÍAS** AM PM
 _____ **TODOS LOS DÍAS** AM PM

PLAN DE ASMA PARA DISPARADORES: Comience esta medicina con el disparador de asma: Alergias Enfermedad/Resfrío Cambios de Clima _____

Agregue esta Medicina por _____ días _____ Y siga tomando sus Medicinas Diarias. (Enjuague su boca y escupa luego de usar inhalador/nebulizador)

- Advair HFA o Advair Diskus _____ / _____. Tome _____ inhalación(es) _____ veces por día **TODOS LOS DÍAS** AM PM
 Asmanex Twisthaler _____ inhalación(es) _____ veces por día **TODOS LOS DÍAS** AM PM
 Flovent HFA _____ mcg _____ inhalación(es) _____ veces por día **TODOS LOS DÍAS** AM PM
 Pulmicort Respules _____ mg _____ dosis **TODOS LOS DÍAS** AM PM
 Singulair _____ mg (tabletas) (gránulos) _____ veces por día **TODOS LOS DÍAS** AM PM
 _____ **TODOS LOS DÍAS** AM PM

- Temporadas:**
 Primavera
 Verano
 Otoño
 Invierno

QUÉ HACER EN CASO DE SÍNTOMAS CRECIENTES DE ASMA

Si Tiene Síntomas de Asma:

- Si una enfermedad, disparador o cambio de clima le causa síntomas, O
- Si esta usando su Medicina de Rápido Alivio más de 2 veces al día, o 2 días seguidos, ¡TOME ACCION!

TOME ACCION:

- Use su Medicina de Rápido Alivio AHORA (puede tomarla hasta 3 veces en una hora, cada 20 minutos).
- a. Si no se siente mejor, vaya a **NO BIEN CONTROLADA (ZONA AMARILLA)** a continuación.
 - b. Si **NO** se siente mejor, vaya a **MAL CONTROLADA (ZONA ROJA)** a continuación.

NO BIEN CONTROLADA (ZONA AMARILLA)

- ✓ **Tos, resuello y respiración agitada más de 2 veces a la semana.**
 - ✓ **Utiliza Medicina de Rápido Alivio más de 2 días por semana.**
 - ✓ **Tos o resuello durante la noche y al despertarse.**
 - ✓ **No puede realizar actividades normales por el asma.**
 - ✓ **No puede ir a la escuela o al trabajo por el asma.**
 - ✓ **Pico de Flujo (si lo utiliza) es _____ (60-80% del mejor valor personal).**
- Llame al Doctor a (_____) _____ - _____.**

Agregue esta Medicina por _____ días _____ Y siga tomando sus Medicinas Diarias. (Enjuague su boca y escupa luego de usar inhalador/nebulizador)

- Advair HFA o Advair Diskus _____ / _____. Tome _____ inhalación(es) _____ veces por día **TODOS LOS DÍAS** AM PM
 Asmanex Twisthaler _____ inhalación(es) _____ veces por días **TODOS LOS DÍAS** AM PM
 Flovent HFA _____ mcg _____ inhalación(es) _____ veces por día **TODOS LOS DÍAS** AM PM
 Pulmicort Respules _____ mg _____ dosis **TODOS LOS DÍAS** AM PM
 Singulair _____ mg (tabletas) (gránulos) _____ veces por día **TODOS LOS DÍAS** AM PM
 _____ **TODOS LOS DÍAS** AM PM

MAL CONTROLADA (ZONA ROJA)

EMERGENCIA: ✓ **Problemas al caminar, hablar, comer.** ✓ **Respiración agitada en reposo.** ✓ **Resuello.** ✓ **Flujo Máximo abajo _____ (<60% del mejor personal).**

- Prednisolone o Prelone u Orapred o Pediapred _____ mg o _____ ml (s) _____ veces por día por _____ días.
 Prednisone _____ mg o _____ tableta(s) _____ veces por día por _____ días.
 Use EpiPen®/Twinjet® para ataque de asma que ponga en riesgo su vida, luego llame al 911. **Llame al Doctor (_____) - _____ - _____ y/o llame al 911.**

Signature of Provider _____ Printed Name _____ Date _____