

Plan de Acción del Asma

Llene en letra de molde.

Nombre del paciente:	Fecha de nacimiento: mm / dd / aaaa	Fecha de vigencia: mm / dd / aaaa
Clasificación de gravedad: <input type="checkbox"/> Intermitente <input type="checkbox"/> Persistente leve <input type="checkbox"/> Persistente moderado <input type="checkbox"/> Persistente severo		
Mejor Marca personal del Peak Flow: _____ L/min <input type="checkbox"/> N/A		*Todo niño debe utilizar su cámara espaciadora al usar un inhalador o pompa.

ZONA VERDE: ESTÁ BAJO CONTROL

Respiras bien, sin tos ni sibilancias, puedes jugar, duermes bien durante la noche.

Flujo espiratorio máximo: _____
(es más del 80% de la mejor marca personal)

Medicamento diario	Concentración	Cuánto y cuándo usar
<input type="checkbox"/> Advair® HFA	<input type="checkbox"/> 45mcg	<input type="checkbox"/> 115mcg <input type="checkbox"/> 230mcg _____ inhalación(es) _____ vez/veces al día
<input type="checkbox"/> Flovent®	<input type="checkbox"/> 44mcg	<input type="checkbox"/> 110mcg <input type="checkbox"/> 220mcg _____ inhalación(es) _____ vez/veces al día
<input type="checkbox"/> Flovent® Diskus®	<input type="checkbox"/> 50mcg	<input type="checkbox"/> 100mcg <input type="checkbox"/> 250mcg _____ inhalación(es) _____ vez/veces al día
<input type="checkbox"/> Pulmicort Respules® (Budesonide)	<input type="checkbox"/> 0.25mg	<input type="checkbox"/> 0.5mg <input type="checkbox"/> 1.0mg _____ unidad(es) nebulizada(s) _____ vez/veces al día
<input type="checkbox"/> Pulmicort Flexhaler®	<input type="checkbox"/> 90mcg	<input type="checkbox"/> 180mcg _____ inhalación(es) _____ vez/veces al día
<input type="checkbox"/> Singulair (Montelukast)	<input type="checkbox"/> 4mg	<input type="checkbox"/> 5mg <input type="checkbox"/> 10mg1 pastilla en la noche
<input type="checkbox"/> Otros: _____		

Antes de Actividad física: N/A
 Usa albuterol o levalbuterol _____ inhalaciones, 15 minutos antes de la actividad.

Recuerde enjuagarse la boca después de usar sus medicamentos.

PROVOCADORES:
*Ningún niño debe estar expuesto al humo de cigarrillo o cigarrillo electrónico

Marque todos los factores que provocan el asma del paciente:

- Catarro
- Actividad física o Ejercicios
- Alergias
 - Ácaros, polvo, peluches, alfombras
 - Polen
 - Hongos
 - Mascotas
 - Plagas (cucarachas)
- Olores irritantes (perfumes, productos de limpieza)
- Temperaturas extremas- caliente o fría
- Polvo del Sahara, contaminación del aire o humo
- Emociones fuertes
- Alimentos: _____
- Otros: _____

ZONA AMARILLA: PRECAUCIÓN

Podrías tener algunos problemas de respiración, tos, sibilancias y/o pecho apretado, problemas para jugar y te despiertas durante la noche.

Flujo espiratorio máximo: _____
(está entre 50% y 79% de la mejor marca personal)

CONTINUAR CON LOS MEDICAMENTOS DE LA ZONA VERDE Y AÑADIR:

Medicamento	Concentración	Cuánto y cuándo usar
<input type="checkbox"/> Albuterol	90mcg	_____ inhalación(es) inmediatamente
<input type="checkbox"/> Albuterol	<input type="checkbox"/> 1.25mg/3mL <input type="checkbox"/> 2.5mg/3mL	_____ unidad(es) nebulizada(s) inmediatamente
<input type="checkbox"/> Otros: _____		

El niño(a) se debe sentir mejor dentro de 20 a 60 minutos del tratamiento de alivio rápido (albuterol). Continúe administrando el medicamento cada _____ horas.

Si el niño/a empeora o está en la zona amarilla durante más de 24 horas, siga las instrucciones de la ZONA ROJA.

ZONA ROJA: ¡CONSIGA AYUDA AHORA!

Podrías tener respiración rápida; no puedes parar de toser; dificultad para respirar, caminar, hablar o jugar por falta de aire; labios o uñas azules; costillas visibles.

Flujo espiratorio máximo: _____
(es menos de 50% de la mejor marca personal)

¡ADMINISTRE EL MEDICAMENTO DE ALIVIO RÁPIDO AHORA!

Medicamento	Concentración	Cuánto y cuándo usar
<input type="checkbox"/> Albuterol	90mcg	_____ inhalación(es) inmediatamente
<input type="checkbox"/> Albuterol	<input type="checkbox"/> 1.25mg/3mL <input type="checkbox"/> 2.5mg/3mL	_____ unidad(es) nebulizada(s) inmediatamente
<input type="checkbox"/> Otros: _____		

VAYA A SALA DE EMERGENCIAS/URGENCIAS O LLAME AL 911 si no mejora después de 15 min de tratamiento o si presenta las siguientes señales de peligro: sigue en la zona roja después de 15 minutos, tiene labios y uñas azules o presenta dificultad para respirar. Continúe administrando el medicamento cada 15 minutos hasta recibir asistencia.

Personal escolar: Siga las instrucciones de *Antes Actividad Física* en la Zona Verde, y las instrucciones de la Zona Amarilla y la Zona Roja.

Proveedor de atención médica:

Nombre:	Teléfono: () - -
Firma:	Fecha: mm / dd / yyyy

Solo para menores:

Este estudiante es capaz y se le ha enseñado el método correcto para que se administre los medicamentos inhalados no nebulizados nombrados arriba, según la Ley 56 de 2006, el Reglamento 9224 de octubre 2020 y la Orden Administrativa 473 de diciembre 2020.

Este estudiante no tiene la aprobación para automedicarse.

Padre/tutor:

No Sí: Autorizo que un enfermero escolar le administre a mi hijo(a) sus medicamentos indicados en el plan de acción.

No Sí: Autorizo a que mi hijo(a) pueda llevar y auto-administrarse su inhalador de alivio rápido en la escuela.

Nombre del padre/madre o encargado:	Teléfono: () - -
Firma:	Fecha: mm / dd / yyyy

*Este plan de acción tiene una vigencia de un año. Sin embargo, si se realiza un cambio en tratamiento, este pierde la vigencia y se debe realizar un nuevo plan.
REVISADO EN MAYO DE 2021



Colegio Nuestra Señora de Guadalupe

Box 364125 – San Juan, PR 00936-4125 • Tel. 787-782-0330 • E Mail: colegioguadalupepn@yahoo.com
Web page: www.colegioguadalupe.org • Facebook: <https://www.facebook.com/cnsgpn/>

Certificación del padre, madre, tutor, o encargado

Sobre instrucciones y adiestramiento

Yo, _____, (padre, madre, tutor, o encargado)
Nombre (en letra de molde)

Del (la) estudiante, certifico haber presenciado, recibido y comprendido las instrucciones y el adiestramiento ofrecido por el (la) Dr(a). _____ sobre el plan de acción y continuidad de tratamiento médico durante el horario escolar regular y extendido, o en el hogar para los estudiantes con la condición de asma.

Firma del padre, madre, tutor o encargado: _____

Relación con el estudiante: _____

Número de teléfono: _____ Fecha (día/mes/año): _____



MISIÓN: Se aspira a que la misma esté dirigida al desarrollo integral de los estudiantes enmarcado en los grandes principios de la fe cristiana.