



L.A. Care



My Asthma Action Plan

Favor de completar lo siguiente con su médico.

Nombre: _____ Fecha de nacimiento: _____

Nombre del médico: _____ Número de teléfono del médico: _____

Contacto para emergencias: _____ Teléfono del contacto para emergencias: _____

- Mis causantes son:
- | | | | |
|------------------------------------|--|--|---|
| <input type="checkbox"/> polen | <input type="checkbox"/> contaminación atmosférica | <input type="checkbox"/> moho | <input type="checkbox"/> ácaros del polvo |
| <input type="checkbox"/> humo | <input type="checkbox"/> olores fuertes | <input type="checkbox"/> cucarachas | <input type="checkbox"/> ejercicio |
| <input type="checkbox"/> alimentos | <input type="checkbox"/> estrés | <input type="checkbox"/> No tomar tu medicina para el asma | <input type="checkbox"/> animales |
| | | <input type="checkbox"/> otros _____ | <input type="checkbox"/> resfriados |

Mi nivel de asma es: 1: intermitente 2: leve persistente 3: moderado persistente 4: grave persistente

Me siento BIEN (zona verde)



- Su respiración es buena; y
- no tiene tos, opresión en el pecho ni respiración sibilante; y
- puede trabajar y hacer ejercicio fácilmente.

Tome medicamentos de control del asma a largo plazo todos los días.

Medicamentos: _____ Cómo se toman: _____ Cuánto: _____ Cuándo: _____ veces por día

_____ veces por día

_____ veces por día

Valores del flujo máximo: _____ a _____

Entre 15 y 20 minutos antes de hacer ejercicio o practicar deportes, realice _____ inhalaciones de _____ utilizando un espaciador.

NO me siento bien (zona amarilla)



- Tos o respiración sibilante; u
- opresión en el pecho; o
- tiene dificultad para respirar; o
- se despierta por la noche; o
- no puede hacer todas las actividades (trabajo y ejercicio).

REALICE _____ inhalaciones de medicamento de alivio rápido. Si no vuelve a la zona verde dentro de los 20 a 30 minutos siguientes, realice _____ inhalaciones más.

Medicamentos: _____ Cómo se toman: _____ Cuánto: _____ Cuándo: _____ cada _____ horas

Valores del flujo máximo: _____ a _____

SIGA USANDO medicamentos de control a largo plazo.

Medicamentos: _____ Cómo se toman: _____ Cuánto: _____ Cuándo: _____ veces por día

_____ veces por día

Llame a su médico si el medicamento de alivio rápido no funciona O si estos síntomas se presentan más de dos veces por semana.

Me siento MUY MAL (zona roja)



- El medicamento no le ayuda; o
- respira con dificultad o aceleradamente; o
- no puede hablar o caminar bien; o
- tiene dolor en el pecho; o
- se siente asustado.

¡Obtenga ayuda inmediatamente! Tome estos medicamentos de alivio rápido hasta que reciba atención de emergencia:

Medicamentos: _____ Cómo se toman: _____ Cuánto: _____ Cuándo: _____ veces por día

_____ veces por día

_____ veces por día

Valores del flujo máximo: Menos _____

Obtenga atención de emergencia o llame al 911 si no puede caminar o hablar porque le cuesta demasiado respirar O se siente somnoliento O tiene los labios o las uñas de color gris o azul. **¡NO ESPERE!**

Firme aquí

Firma del médico: _____ Fecha: _____