

Plan de Acción para Asma



Fecha _____

Nombre _____

DCFS ID # _____

Medicaid ID # _____

Doctor: _____

Teléfono de doctor o clínica: _____

Teléfono de taxi o amistad: _____

EMERGENCIA 911

Siempre que vaya a la oficina de su doctor, clínica o a la sala de emergencia, lleve con usted este plan de medicina

1. Verde - Adelante

- Respira normalmente
- No tiene tos, ni le silba el pecho
- Puede trabajar y jugar



Número de su fluidez óptima _____ al _____

Uso de medicina preventiva.

<u>Medicina</u>	<u>Cantidad que se toma</u>	<u>Cuando se toma</u>

20 minutos antes de hacer deportes, use esta medicina

2. Amarillo - Cautela



Tos



Respiración con Silbido



Presión de Pecho



Desvelo por mala Respiración

Número de su fluidez óptima _____ al _____

Tome medicina de prevención rápida antes que un ataque de asma se ponga malo

<u>Medicina</u>	<u>Cantidad que se toma</u>	<u>Cuando se toma</u>

3. Rojo - Pare - Peligro

- La medicina no ayuda
- Respiración rápida y difícil
- La nariz se amplía
- No puede caminar
- Se notan las costillas
- No puede hablar bien



Número de su fluidez óptima _____ al _____

¡Necesita ayuda de un doctor ahora!

Tome estas medicinas hasta que hable con un doctor.

Si no localiza a su doctor valla a la sala de emergencia inmediatamente.

<u>Medicina</u>	<u>Cantidad que se toma</u>	<u>Cuando se toma</u>